



UNIVERSITE TOULOUSE JEAN JAURES – UFR SCIENCES, ESPACES ET SOCIETES

DEPARTEMENT DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

UMR-EFTS

Master 2 Sciences de l'Éducation et de la Formation

U.E.1001

Directeur de mémoire : L.Talbot

Présidente de Jury : M. Saint-Jean

Tutrices de stage : S. Séailles sous couvert de P. Cardona

De l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers : évaluation de la posture dispositive en hématologie protégée

Sandra Meloni épouse Jarrin

N° Etudiant : 221 125 25

2021-2022

Remerciements

Mes sincères remerciements à Madame Patricia Cardona pour avoir permis la réalisation de ce projet professionnel, essentiel à mon épanouissement.

Toute ma reconnaissance à Séverine Séailles pour sa présence précieuse en tant que cadre, tutrice de stage et plus encore. Merci à Carole Venturi pour ses encouragements quotidiens.

Je remercie chaleureusement Monsieur Laurent Talbot pour sa patience inébranlable et pour m'avoir sensibilisée à un accompagnement différent au cours de cette année universitaire. Il m'a assurée un vrai espace de liberté à l'intérieur d'un cadre académique.

Je remercie vivement Madame Michèle Saint-Jean d'avoir accepté la présidence du jury.

Merci infiniment à mes parents Louis et Roberta et mes beaux-parents Annick et Jacques pour avoir accepté et supporté avec amour la distance nécessaire à mon travail de recherche.

Toute ma gratitude à vous les piliers de ma vie pour votre amour inconditionnel, Cyrille, Louise et Enrik. Sans vous rien ne serait et n'aurait raison d'être.

Merci à ma belle et grande famille, celle d'origine, celle offerte par la vie et celle épousée.

Merci à tous mes amis proches et éloignés avec une mention particulière pour Caroline ma sœur de cœur. Tu nous as permis de vivre nos masters dans une mutualité et réciprocité intellectuelle passionnante et dans le réconfort d'une amitié indéfectible. Merci à toi Natacha de ton amitié et ton soutien inconditionnel dans les moments les difficiles. Merci à Sophie pour la « dinguerie », les fous-rires et le *Honduras*. Merci à vous Laurence, François, Audrey Patrice, Didier, Mélanie, Morgane, Nathalie, Caroline, Lore, Marine, Samantha et Aude pour avoir accepté de bon cœur l'éloignement juste.

Merci à mes consœurs infirmières enquêtées pour leur engagement authentique et leur accompagnement digne de ce nom. Merci à l'équipe médicale et paramédicale de l'hématologie protégée 2-3A m'ayant soutenue et encouragée au quotidien dans ce travail de recherche.

Profondément Merci à chacun d'être vous ici et maintenant et d'avoir contribué à celle que je suis.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Introduction	5
Chapitre 1 - Le contexte	7
1. Situation de départ : problématique née du service d'hématologie protégée 2-3A.....	7
2. Le macro-contexte.....	9
2.1. Présentation de la macrostructure I.U.C.T.-Oncopole	9
2.2. Code de déontologie : la responsabilité juridique de former et se former	10
2.3. Formation infirmière : alternance et réflexivité d'une formation initiale	12
2.4. Professionnalisation de la fonction de tuteur et compétences.....	14
Synthèse	16
Chapitre 2 - Le dispositif	17
1. Définition : retour à la source.....	17
1.1. Que dit l'usage courant?.....	18
1.2. Que dit Foucault ?	18
2. De la compréhension de la fonction stratégique dans la genèse historique	20
2.1. Que dit Raffnsøe ?.....	20
2.2. Que dit Agamben ?.....	21
3. De la place de l'individu dans le dispositif	22
4. Perspective humanisante	24
Synthèse	27
Chapitre 3 - L'accompagnement	28
1. Essai de définition : du besoin social aux valeurs humaines.....	28
2. Entre concept et démarche d'accompagnement	31
2.1. De la relation.....	32
2.2. De la fonction.....	34
2.3. De la posture	35
2.4. De la démarche.....	40
Synthèse	42

Chapitre 4 - Accompagnement accompagné en hématologie protégée ?	43
1. Entre terrain et concepts : le dispositif est-il accompagné ?	43
2. Posture de recherche sur la posture	44
3. Légitimité de la recherche	46
Synthèse	51
Chapitre 5 - Méthodologie du recueil de données et d'analyse	52
1. Définition de l'étude.....	52
1.1. Objectifs et hypothèses de recherche	52
1.2. Protocole d'enquête et définition du public cible	53
2. Guide des entretiens semi-directifs	55
2.1. Démarche	55
2.2. Questions et relances aux infirmières accompagnantes	57
2.3. Questions et relances aux nouvelles recrues	60
3. Outils méthodologiques.....	62
Synthèse	69
6. Résultats et discussion	70
1. Résultats des données démographiques	70
2. Résultats à l'issue d'une approche catégorielle.....	72
2.1. Thématiques communes sur les rôles des infirmières accompagnantes	72
2.2. Variabilité dans la pratique d'accompagnement selon la posture dispositif	79
3. Biais de recherche	89
Synthèse	94
Conclusions réflexives	95
Bibliographie	97
Textes législatifs.....	97
Articles et ouvrages	97
Table des matières des documents utilisés	99
Glossaire des sigles et abréviations d'usage	100
ANNEXES	101

Introduction

Attachée aux valeurs de l'humain, nous avons choisi d'être formée, de travailler et d'évoluer au sein de l'institution publique. Nous souhaitons tant par la formation que par les ancrages professionnels nous inscrire dans un engagement à autrui. D'abord aide-soignante de 2008 à 2014 en gériatrie-psychiatrie après avoir été formée à l'Institut de Formation des Aides-Soignants de Purpan, nous avons ensuite accédé à la formation infirmière en 2014 au Pôle Régional de Formation aux Métiers de la Santé. Nous sommes donc infirmière depuis 2017 en hématologie protégée à l'I.U.C.T. – Oncopole (Institut Universitaire du Cancéropôle de Toulouse).

L'institution hospitalière a ainsi contribué à notre développement professionnel et personnel par la formation initiale puis continue. C'est dans ce contexte de prise de hauteur encouragée par l'encadrement et soutenue par la direction de notre service de rattachement, l'hématologie protégée, que nous proposons le travail de recherche suivant.

Notre réflexion s'inscrit dans une démarche professionnelle d'évolution de carrière et d'engagement au service du système de soins infirmiers. Plus largement, nous souhaitons concourir à une politique de fidélisation du recrutement infirmier à l'hôpital.

Depuis quatre ans, nous participons, avec le soutien de nos cadres de proximité, à l'accueil, la formation et l'intégration des nouvelles recrues. De manière générale, la formation est admise comme une mission du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) dont le « U » rappelle, à chacun des agents, la mission intrinsèque à sa fonction : la formation d'autrui. Il s'agit de former autrui en vue de sa professionnalisation et intégration au service. Si la fonction de tuteur est clairement légiférée comme l'obligation légale de former ses futurs pairs et ses pairs, comment l'accompagnement des pairs dans leur prise de poste est-il pensé sur le terrain ?

Accueil, formation et intégration des nouvelles recrues ne semblent bénéficier d'aucun dispositif harmonisé, si ce n'est d'un système dit de « doublure ». « Doubler » pour un professionnel en poste signifie montrer dans un premier temps en expliquant, puis « laisser faire » progressivement en vue de l'acquisition d'une marge de manœuvre, de prise d'initiatives et d'autonomie. La prise de poste, étape clé de la professionnalisation, semble être synonyme de transmission de savoirs et pratiques. Cette doublure reste indispensable si l'on considère les exigences du terrain.

Actuellement, en hématologie protégée, ce temps est organisé sur une période de 3 semaines et a été récemment pensé selon un dispositif regroupant fiches techniques

« reflexes » et entretiens entre pairs infirmiers recrutés et référents. Il a été conçu de sorte à ce que les nouvelles recrues soit autonomisées au regard des prises en charge des patients et des différents postes infirmiers, qu'elles peuvent être amenées à occuper.

C'est très naturellement que nous avons donc été amenée à questionner ce dispositif, auquel nous avons participé : **Le dispositif d'accompagnement (accueil, formation, intégration) des nouvelles recrues en hématologie protégée est-il efficace en termes d'ancrage des compétences, cohésion et pérennité du recrutement à la sortie de la formation initiale ?**

Nous vous proposons d'aborder cette problématique en esquisant le contexte dans lequel elle s'inscrit. Nous partagerons ensuite les éléments de la littérature qui ont permis de formuler la question de recherche et soutenir la méthodologie d'enquête. Nous exposerons alors les résultats avant d'élargir à de nouvelles pistes de réflexions pour le service d'hématologie protégée et l'accompagnement des pairs infirmiers lors de la prise de poste.

Chapitre 1 - Le contexte

Dans ce premier chapitre, nous montrerons comment d'une situation professionnelle, engageante émotionnellement et intellectuellement, est né un constat de départ puis une réflexion et un positionnement en termes d'accompagnement. Nous avons souhaité re-contextualiser cette réflexion :

- au sein d'une politique nationale de lutte contre le cancer
- puis dans le cadre juridique de l'actuel code de déontologie infirmier
- pour enfin l'éclairer des exigences de la formation initiale en soins infirmiers.

Notre objectif est de montrer que devenir infirmier, c'est accepter de continuer à se former et de former ses futurs pairs de façon inconditionnelle. C'est dans cette perspective que nous projetons d'interroger la professionnalisation en soins infirmiers et plus précisément la prise de poste des nouvelles recrues dans un service hospitalier.

1. Situation de départ : problématique née du service d'hématologie protégée 2-3A

L'hématologie protégée (HP) est le service de l'I.U.C.T. – Oncopole, qui prend en charge les hémopathies malignes, soit les maladies du sang et de la moelle osseuse. Le service est sectorisé selon deux grandes pathologies : les leucémies et lymphomes. 32 infirmière.s et 30 aides-soignant.e.s inscrit.e.s dans une équipe pluridisciplinaire concourent à cette prise en charge. Cette équipe conséquente est gérée par deux cadres de santé et a changé de visage plusieurs fois depuis notre intégration il y a cinq ans.

Il appartient aux cadres de santé de l'HP de sélectionner un groupe de professionnels pour l'encadrement des Etudiants en Soins Infirmiers (E.S.I.) et nouvelles recrues. « La désignation des tuteurs relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation. Le tuteur est placé sous la responsabilité d'un cadre professionnel. » (B.O., 31 juillet 2009, p. 81). En outre, cette sélection se fait, parmi des agents volontaires, selon des critères de maîtrise des compétences de soins et est donc souvent liée à l'ancienneté des agents.

Entre 2017 et 2020, l'équipe HP a vécu un renouvellement important, mais également une transition dans les prises en charges médicales¹ dans une institution elle-même soumise à

¹ Avec de nouveaux essais cliniques

des changements organisationnels². Or, cette évolution s'inscrit dans un service qui est soumis à une charge émotionnelle intense liée aux prises en charge cancéreuses.

En outre, les infirmières ayant reçu la formation complète du tutorat ont quitté le service en 2020. Depuis 2019, le service ne bénéficiait plus d'infrastructure formalisée pour accompagner les nouvelles recrues infirmières. En effet, pendant plusieurs années, une infirmière a assuré un suivi ponctuel auprès des nouvelles recrues en plus du temps de doublure afin de déterminer la progression dans l'intégration professionnelle. Au départ de cette infirmière, l'équipe a pris le relais en privilégiant jusqu'en juillet 2021 l'oralité dans la transmission des savoirs et savoir-faire infirmiers.

Au fil du temps, le collectif a perdu sa dynamique et sa cohésion avec une fuite des compétences majorée. Les années d'accueil non formalisées semblent avoir contribué à une insécurité des nouvelles recrues au sein de l'unité. L'encadrement et la direction se sont donc posé la question des modalités de l'accompagnement des nouvelles recrues et du sens à donner au collectif. Comme une évidence est née la nécessité du canal écrit dans la transmission des savoirs et savoir-faire spécifiques en HP. L'accompagnement formalisé via l'écrit permet ainsi de répondre à l'objectif de sécurité du patient certes, mais aussi du soignant, en donnant des repères à visée formatives et intégratives.

Sous la supervision de l'encadrement, l'équipe a donc pensé l'accompagnement des pairs dans la prise de poste en lien avec le changement, où « l'accompagnement [fait] passer de la relation d'aide à l'aide à la relation » (Paul, 2009) et ce, afin de recréer un lien de confiance « intergénérationnel » au sein d'une équipe par une « transmission transgénérationnelle » (Boutinet, 2002) et retrouver le sens du « *faire* » et du « *être* » ici, maintenant et ensemble.

Cinq membres de l'équipe ont accepté, avec le soutien de l'encadrement, dans une volonté commune de changement, de réfléchir à un dispositif pour sécuriser les nouvelles recrues afin de les intégrer. Ces membres correspondent à une équipe intermédiaire entre l'équipe la plus ancienne et les jeunes recrues. L'objectif est alors centré sur l'intégration des pairs à accueillir, *via* l'acquisition d'une crédibilité professionnelle.

Ainsi dix fiches dites « reflexes » ont été créées. Elles sont dites « reflexes », parce qu'elles sont orientées sur la technicité des soins en HP et ses situations prévalentes. En outre, le groupe de travail est devenu un groupe d'accueil soit une interface privilégiée pour mener 3 entretiens à 1 mois, 3 mois et 6 mois du recrutement. Ces entretiens ont pour objectif la

² Dont un nouveau logiciel de prescriptions médicales et de traçabilité de l'activité soignante

verbalisation du ressenti sur le plan technique mais aussi intégratif. Actuellement, une grille d'évaluation selon des items de la spécialité est en cours de réalisation. Cette grille est destinée à être le support des entretiens. Elle est conçue avec une intention formative et doit servir de repère pour l'Accompagné.e. Le dispositif semble donc permettre l'acquisition de savoirs et savoir-faire ainsi qu'une démarche réflexive en vue d'appropriation de la spécialité, de réajustements professionnels et de réinjection sur le terrain par une posture infirmière sereine. Il a été officialisé à compter de juillet 2021.

Nous nous proposons à présent de replacer cette expérience professionnelle dans un cadre politique puis juridique et institutionnel pour montrer qu'elle s'inscrit comme une réponse à des obligations légales de formation de soi et d'autrui.

2. Le macro-contexte

2.1. Présentation de la macrostructure I.U.C.T.-Oncopole

L'I.U.C.T.-Oncopole est la mutualisation de moyens financiers, matériels et de compétences humaines, au service de la lutte contre les cancers. L'ancien Institut Claudius Régaud et plusieurs spécialités et unités de soins de cancérologie du C.H.U. de Toulouse sont donc regroupés au sein d'une unité physique. En effet, la création en 2014 de l'Oncopole répond aux exigences nationales de lutte contre le cancer selon le premier Plan cancer (2003-2007, p.11). Outre l'aspect économique, la mutualisation en cancérologie permet également de potentialiser l'innovation dans une spécialité en constante évolution.

Mais ce fait réinterroge au quotidien les pratiques paramédicales et leur réactualisation. La formation continue du soignant apparaît alors comme un processus dynamique permanent obligé. La spécialité oncologique engage le soignant et sa posture réflexive, l'incite à une prise de distance et à des réajustements : soit à un renouvellement de ses pratiques face à l'innovation tout en continuant à répondre à des valeurs communes du monde soignant.

C'est donc dans ce contexte de nécessité de formation continue liée à la spécialité que s'ancre le premier plan cancer mais aussi les suivants. A ce titre, sous l'en-tête « Une formation plus adaptée », on peut lire :

Les professionnels du cancer sont de tous les métiers et de toutes les disciplines. ...

Le monde professionnel fait face à **des besoins de formation initiale et continue importants**. Le cancer doit être enseigné dès le début des études médicales et soignantes comme une maladie, mais également comme une exigence d'accompagnement des patients.

Le plan prévoit **de renforcer le nombre et la qualification des professionnels, de promouvoir l'évaluation et la reconnaissance de l'expérience professionnelle**...Le plan propose quatre mesures :

[• ...]

- **la formation à la prise en charge du cancer sera renforcée aussi pour les professions paramédicales.** (Plan cancer 2003-2007, p.9).

Si les 3 premiers points ciblent l'activité médicale, qu'en est-il à Oncopole pour les paramédicaux ? A notre connaissance, il existe une formation en hématologie dans le panel des formations. Cette formation doit être un choix de l'infirmier et n'est pas systématiquement formulé. Par ailleurs la continuité de soins reste l'objectif de tout service et le détachement en formation n'est pas toujours possible, malgré une politique avérée de formation continue de l'institution. En parallèle, il existe un dispositif de E-learning obligatoire dont l'objectif est la mise à niveau des soignants pour les nouvelles recrues, et remise à niveau pour les soignants en poste.

Nous observons ainsi au regard de la situation en HP un champ des possibles à explorer en termes de formation continue pour illustrer une volonté ancrée dans les textes de lois.

2.2. Code de déontologie : la responsabilité juridique de former et se former

Nous avons choisi le cadre juridique direct encadrant la profession infirmière mais ce dernier est issu du Code du Santé Publique (section 1 des actes professionnels du C.S.P.) dont il se détache depuis le 27 novembre 2016 par décret au Journal Officiel, mis à jour le 1er octobre 2021. Selon l'Ordre National Infirmier, le code de déontologie est né des modifications des pratiques infirmières et de l'émancipation de la profession. Il comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers. Outre le fait qu'il esquisse le cadre légal des

soins, il caractérise également les liens entre les pairs et futurs pairs.

Le code de déontologie stipule à la section 3 sur « les devoirs entre confrères et membres des autres professions de santé » : « Art. R. 4312-25. – Les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne **confraternité**. Ils se doivent **assistance** dans l'adversité. » (Code de déontologie, 2016, p.11). L'accompagnement est considéré sous l'angle relationnel des pairs et la nature de cette relation est qualifiée de « confraternelle » et étayée du substantif « assistance ». Notons ici les notions de solidarité et bienveillance en situation professionnelle symétrique d'égal à égal.

Si l'on trouve une partie des réponses dans les modalités d'accompagnement, il faut se laisser guider plus loin, sous l'entête « Encadrement et coordination de professionnels » :

Art. R. 4312-36. – L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement **veille à la bonne exécution** des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. Il **est responsable** des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. Il **veille à la compétence** des personnes qui lui apportent leur concours. (Code de déontologie 2016, p.14)

On peut voir ici un objectif formatif (transmissions de savoir-faire en termes de « compétences ») avec obligation de résultats (« bonne exécution ») mais pas uniquement... Le verbe « veiller », introduisant les objectifs, suggère un regard bienveillant et semble indiquer la nature des liens professionnels entre Accompagnant.e.s. et Accompagné.e.s. L'ensemble est replacé dans un contexte de responsabilité juridique et dans notre situation la responsabilité est aussi contractuelle dans le *U* de C.H.U.

Enfin sous l'en-tête « Développement professionnel continu » est affirmé : « Art. R. 4312-46. - Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu. » (Code de déontologie 2016, p.16). Ainsi l'Accompagné.e. doit s'engager dans un

processus dynamique d'appropriation des savoirs et savoir-faire et, dès lors, se projeter comme futur.e. Accompagnant.e.

Notons le double enjeu qui vient complexifier le projet de formation continue des textes de loi puisqu'il faut continuer de se former et former, c'est-à-dire partager ses savoirs, savoir-faire et son savoir-être. Rappelons que dans l'activité quotidienne, le patient doit rester le centre de l'attention du soignant : soigner, prendre soin tout en se formant et en formant autrui. La vocation altruiste du métier infirmier ferait-elle du savoir transmettre un potentiel inné ? Que dit la formation initiale ?

2.3. Formation infirmière : alternance et réflexivité d'une formation initiale

Légalement, nous constatons que l'infirmier à l'issue de sa formation initiale est habilité à encadrer ses pairs diplômés. En effet, la compétence d'encadrement figure au référentiel des compétences à acquérir dans le cadre du Diplôme d'Etat (D.E.). Il s'agit de la compétence 10 qui s'intitule « Informer et former des professionnels et des personnes en formation » selon le Bulletin Officiel de Santé (2009, p.266). Dans ce même bulletin, la compétence 10 se décline en « 6 capacités » et s'évalue selon les deux « indicateurs » (BO Santé, 2009, pp. 273-274). Elle est ainsi définie par des actions qui en constituent l'essence afin d'être évaluée selon des critères d'activités observables. La compétence 10 a donc été pédagogiquement pensée de façon très précise et légiférée en tant que tel.

Quant à la formation initiale, en réponse à la loi, elle dispense au semestre 4, l'Unité d'enseignement 5.4. (U.E.), intitulée « Encadrement des professionnels de soins ». Ainsi le savoir transmettre est considéré comme cœur de métier et au centre des préoccupations de la formation initiale en soins infirmiers. Nous constatons ainsi que la formation initiale construit des apprentissages autour de la formation des futurs pairs et des pairs pour répondre aux dispositions légales.

En outre, si la formation initiale en soins infirmiers se décline en compétences, c'est qu'elle s'est orientée depuis 2009 vers une universitarisation pour une reconnaissance sociale nouvelle : s'inscrire dans le cursus Licence Master Doctorat (L.M.D.). La réforme de 2009 a pour objectif une valorisation sociale de l'autonomisation de la profession, faisant du D.E. infirmier un diplôme de catégorie A. Cette transition de la formation initiale nous interroge sur l'essence de son alternance. L'alternance garde-t-elle son sens malgré la valorisation intellectuelle universitaire ?

L'article de Bouveret montre que les « enseignants-formateurs » enquêtés sont satisfaits au regard du nouveau référentiel :

L'approche par compétences visée par le programme était jugée pertinente..., car favorisant la transformation des savoirs en agir compétent [...] avec comme point fort dans ce référentiel, la mise en valeur de la pratique réflexive et une meilleure adaptation entre théorie et pratique. (Bouveret *et al.*, 2012, p.99)

En effet, la formation initiale est centrée sur l'apprenant compte tenu de sa nature dite en alternance. Le sujet apprenant doit devenir acteur de sa formation, lui permettant d'adopter une démarche réflexive en vue de s'autonomiser professionnellement. Cette démarche et ses modalités dans le processus d'apprentissage en soins infirmiers sont tellement centrales, qu'elles sont légiférées par le référentiel de 2009 :

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables. » (BO Santé, 2009, p.275)

Il s'agit tout à la fois de faire des liens pour se construire professionnellement et de développer des stratégies métacognitives.

Les analyses de pratiques professionnelles semblent être privilégiées pour répondre au développement de la posture professionnelle de réflexivité. Elles consistent en un *va et vient* entre pratique et théorie, et prise de hauteur des apprenants. Ils se positionnent alors comme sujet-acteur de leur formation et se projettent également en tant que futurs infirmiers par appropriation de cette posture professionnelle.

Ainsi, le développement de la compétence 10 et la démarche pédagogique de la formation initiale concourent à l'acquisition de la posture professionnelle d'infirmier, dans laquelle est comprise la formation d'autrui.

Bouveret note cependant que les enseignant-formateurs semblent démunis car il ont « pointé le besoin d'apports sur la pratique réflexive (67%), le besoin d'élaboration de situations emblématiques (57%) et la nécessité de faire de la recherche (37%) » (Bouveret *et al.* (2012, p.100).

La posture professionnelle de réflexivité ne relève pas uniquement des acteurs de la

formation mais également des acteurs du lieu de stage. Par essence, la formation initiale est dite *en alternance*. En effet, le référentiel de 2009 (BO Santé, 2009, p.280) fait de la posture réflexive un objectif de stage. Les acteurs du stage sont clairement identifiés : maîtres de stage et tuteurs, professionnels de proximité et formateurs référents par stage. Qu'en est-il de ces tuteurs de stage, qui constituent l'articulation physique entre terrain, apprenant et école ?

Si notre propos n'est pas le tutorat des E.S.I., il nous semble pertinent d'éclairer ce point car :

- s'il fallait penser un dispositif pour l'intégration des nouvelles recrues, ne devrait-il pas être supporté par des professionnels compétents dans l'accompagnement ?

- ce sont souvent les E.S.I. de troisième année en stage de préprofessionnalisation qui sont recrutés via l'évaluation collective des tuteurs, des professionnels de proximité et les cadres de santé.

2.4. Professionnalisation de la fonction de tuteur et compétences

Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter [...] Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants. (BO santé, 2009, p.293)

Au regard et de la réforme de 2009 et de l'universitarisation de la profession infirmière, la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.) a publié en 2016 des instructions relatives aux « dispositifs pédagogiques impactant notamment les modalités d'encadrement en stage. » Elle y affirme ses objectifs et modalités : « ...afin de garantir aux étudiants un accompagnement en stage de qualité, il convient de professionnaliser la fonction de tuteur de stage et d'assurer aux professionnels concernés une formation adaptée et harmonisée sur l'ensemble du territoire. »

Dans la même lignée, la Haute Autorité de Santé (H.A.S., 2018) publie, en écho à la D.G.O.S., une fiche qui « concerne les maîtres de stage (MDS)/tuteurs (toutes professions de santé confondues) qui encadrent un stage professionnalisant durant la formation initiale. Elle

décrit les activités pédagogiques développées par les MDS/tuteurs qui peuvent être prises en compte dans le cadre d'une démarche de DPC³ ».

Pourtant, aujourd'hui, il semble y avoir diversité dans la pratique du tutorat des E.S.I. Le site internet Actusoin affirme en septembre 2020 (4 ans après la note de la D.G.OS.) que : « le Cefiec⁴ demande "une harmonisation nationale" de la formation de leurs tuteurs» et ce dans le cadre de la professionnalisation du statut de tuteur. Il existe pourtant une formation de 4 jours mais son accès ne semble pas être une condition d'accès à la fonction de tuteur.

Un article, sur la formation au tutorat des infirmiers en poste, révèle en l'occurrence une politique engagée de former les tuteurs et une satisfaction du personnel sur ce point. Mais l'enquête ne concerne que l'Hôpital Américain de Paris (Carrey, 2015).

En outre, aucun des membres, ayant contribué à la création du dispositif d'accompagnement des pairs en HP, n'a encore bénéficié d'une formation « tutorante ». Mais la politique institutionnelle et la volonté de l'encadrement ont anticipé ce phénomène pour l'année 2022.

Si le tutorat, expression sur le terrain de la compétence 10, est « instable » il nous paraît légitime de questionner l'accompagnement des pairs. Si ce dernier ne peut pas être identique à celui des E.S.I, il en est une déclinaison si l'on considère la compétence du former autrui. Notre questionnaire n'est pas isolé, puisqu'il a suscité un mémoire sur un versant managérial et politique (Maurice, 2014) : les enjeux de recrutement et de sécurité étaient en cause dans la prise de poste en soins infirmiers à l'issue de la formation initiale.

En revanche, c'est l'accompagnement humain qui nous interpelle dans le champ des sciences de l'éducation. Il nous semble que l'on ne peut pas faire l'économie du besoin d'épanouissement et de faire sens dans une profession centrée sur la personne. En effet, interroger l'étape de la prise de poste en soins infirmiers à l'issue d'une formation initiale professionnalisante, ou en tant que nouvelle recrue renvoie à la quête de l'unité, du sens et celle de la cohérence dans le développement professionnel, voire personnel.

Au vu des différents éléments décrits, notre question de départ se formule donc comme suit : **Le dispositif d'accompagnement (accueil, formation, intégration) des nouvelles recrues en hématologie protégée est-il efficace en termes d'ancrage des compétences, cohésion et pérennité du recrutement à la sortie de la formation initiale ?**

³ Développement Personnel Continu

⁴ Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

Synthèse

Une double injonction semble faite aux soignants : continuer de se former et former autrui. Politiquement, la formation continue dans les soins oncologiques apparaît comme une nécessité liée au caractère innovant de la spécialité médicale. Juridiquement un cadre fort est affirmé dans la formation de soi et d'autrui.

Mais comment continuer de se former et former l'autre ? Une partie de la réponse est apporté par la formation initiale avec la compétence 10 et l'apprentissage de la posture réflexive, une démarche cœur de métier à adopter tout au long de sa vie professionnelle permettant de se former et d'accueillir autrui dans sa prise de poste.

C'est de cette démarche réflexive qu'est né le projet de l'hématologie protégée et son infrastructure, pour répondre à un problème/objectif immédiat de cohésion d'équipe. En effet, pensé en termes d'acquisition de compétences spécifiques et plus précisément de sécurité patient/soignant, le dispositif vise l'intégration de professionnels, pour certains issus d'une formation initiale en transition, dans une équipe elle-même en mutation.

Autrement dit, il s'agit bien de l'appropriation de la spécialité via un dispositif qui suppose un savoir transmettre, c'est-à-dire être capable d'accueillir et de former sur le principe d'expertise, et permettre la professionnalisation et l'intégration des nouvelles recrues. C'est une démarche d'accompagnement des pairs pour former au-delà de la formation initiale. L'accompagnement est ici pensé pour donner une unité et faire sens. Il exige un positionnement des pairs et futurs pairs pour fédérer une équipe autour de compétences et de valeurs communes.

Les objectifs de se former, former ses pairs (et futurs pairs) semblent légitimés par les instances institutionnelles et évidentes pour les soignants et l'encadrement de l'hématologie protégée. Mais ce qui nous interroge, ce sont les **modalités** de l'accompagnement formalisé.

C'est dans ce contexte que notre question sur le dispositif d'accompagnement des nouvelles recrues en hématologie protégée trouve sa légitimité.

Nous définirons dans les chapitres suivants un certain nombre de concepts comme le dispositif, l'accompagnement. En effet des termes ont été utilisés indifféremment précédemment mais certains sont des concepts qui méritent d'être explorés. Celui de dispositif occupe un espace important dans notre réflexion sur la prise de poste en soins infirmiers.

Chapitre 2 - Le dispositif

Si précédemment, nous avons présenté une situation initiale problématique en usant de termes qui paraissent communs, il nous appartient désormais de faire sens par un éclairage conceptuel de ces termes et notamment celui très controversé de dispositif.

Pour rappel, le dispositif est présenté dans le chapitre précédent comme l'expression physique d'une intention commune de l'équipe et de l'encadrement d'HP, visant à sécuriser les nouvelles recrues infirmières dans leur prise de poste. Il représente tout à la fois la transmission de savoirs et de savoir-faire via le canal écrit⁵ et une organisation pour accueillir les nouvelles recrues autour de cette technique⁶. L'évaluation de l'individu n'est en aucun cas l'objectif du dispositif. Il s'agit davantage de comprendre les enjeux du service pour mieux sécuriser (patient et soignant) et permettre ainsi une professionnalisation sereine et bienveillante en vue de la reconnaissance et crédibilité professionnelle des pairs. Plus encore, il pourrait s'agir de permettre au sens *de ce que l'on fait* de se dire et ainsi autoriser une unité entre motivation personnelle et identité professionnelle collective.

Si nous avons nommé « innocemment » dispositif l'ensemble fiches techniques / entretiens, c'est parce qu'il formalisait, par le canal écrit et ses intentions, une étape clé de la professionnalisation : la prise de poste. Mais qu'est-ce qu'un dispositif ? Sa définition sera le propos de ce chapitre.

Nous nous proposons donc de reprendre la conception de dispositif chez Foucault (1977) pour en extraire les attributs. Ensuite nous essaierons de montrer comment Raffnsøe, (2008) et Agamben (2006) s'ancrent dans la genèse historique du terme pour expliquer Foucault tout en divergeant sur le rôle des acteurs du dispositif. Nous reprendrons enfin la conception d'Albero (2010) comme une perspective plus proche de la complexité moderne du dispositif mais plus humanisante.

1. Définition : retour à la source

Le titre même de notre propos est illusoire et ambitieux car la revue de l'art n'est unanime que sur un point : le dispositif est tout et rien. A l'origine de cette problématique, nous retrouvons l'usage excessif qui en est fait pour nommer une diversité d'éléments

⁵ 10 fiches reflexes techniques

⁶ 3 entretiens répartis à 1, 3 et 6 mois de la prise de poste

structurés et structurants.

1.1. Que dit l'usage courant?

Reprenons donc dans un premier temps l'origine lexicale du terme proposé par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (C.N.R.T.L.). Ce qui est mis en exergue, c'est l'aspect technique par la « manière dont sont disposées, en vue d'un but précis, les pièces d'un appareil, les parties d'une machine » pour devenir le « mécanisme, appareil » lui-même et non plus ce qui le compose. La définition se poursuit par la spécificité technique de l'art militaire : « Ensemble de mesures, de moyens, disposés en vue d'une fin stratégique ». Les ensembles deviennent également les « moyens [eux-mêmes] mis en œuvre pour assurer la défense de certains intérêts ou en vue d'assurer une intervention ». Dans un second temps, l'aspect juridique prend le relais de la définition pour finalement s'inscrire plus largement dans le domaine législatif et administratif: « Par opposition aux motifs, partie d'un jugement qui contient les décisions, les dispositions pratiques qui découlent de la sentence...Énoncé final d'un texte législatif ou administratif, qui en contient les dispositions, par opposition au préambule et aux considérants. »

Nous voyons ici deux récurrences :

- une organisation particulière d'éléments pour atteindre un objectif/but
- les parties d'un tout permettant parfois de nommer le tout lui-même

Notons en outre que la définition convoque les champs technique, militaire et juridique. Ce qui nous renvoie aux analyses historiques qu'en proposent Agamben (2006) et Raffnsøe (2008) alors qu'ils proposent une grille de lecture de Foucault.

1.2. Que dit Foucault ?

Nous reprenons modestement la théorie des dispositifs proposée par Foucault lors d'un entretien mené par Grosrichard en 1977. Nous nous appuyons sur la définition suivante comme base pour en extraire les attributs des dispositifs. Il s'agit :

[...] de repérer sous ce nom, premièrement, **un ensemble résolument hétérogène**, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions règlementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales philanthropiques, bref : du

dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est **le réseau** qu'on peut établir entre ces éléments. (Foucault, 1977 p.62)

Nous constatons que l'attribut premier du dispositif concerne sa nature organisée « de réseau » entre les divers éléments. Toutefois, les liens de la structure sont non-figés car il y a une marge de manœuvre dans le « réseau » :

Deuxièmement, ce que je voudrais repérer dans le dispositif, c'est justement la nature du lien qui peut exister entre ces éléments hétérogènes. [. . .] Entre ces éléments, discursifs ou non, il y a comme **un jeu**, des changements de position, des modifications de fonctions, qui peuvent eux aussi, être très différents. (Foucault, 1977 p.63).

Le second attribut se décline dans la fonction des dispositifs, à savoir la stratégie de réponse à une situation qui n'est plus tolérable : « Troisièmement, par dispositif, j'entends une sorte – disons – de formation, qui, à un moment donné, a eu pour fonction majeure de **répondre à une urgence**. Le dispositif a donc une **fonction stratégique dominante**. » (Foucault, 1977 p.63)

Ce second attribut contient ainsi implicitement le troisième, celui de la finalité : le changement visé par la stratégie. Relevons que cette dernière se veut souple et malléable. En effet :

Le dispositif se constitue proprement comme tel, et reste dispositif dans la mesure où il est le lieu d'un double processus : processus de surdétermination fonctionnelle, d'une part, puisque chaque effet, positif ou négatif, voulu ou non voulu, vient en résonance, ou en contradiction, avec les autres, et **appelle à une reprise, à un réajustement, des éléments hétérogènes** qui surgissent çà et là. Processus de perpétuel remplissement stratégique, d'autre part » (Foucault, 1977 p.63).

A chaque attribut nous relevons une volonté de montrer le caractère non figé et l'existence de possibles à l'intérieur du dispositif : un caractère non maîtrisé et non maîtrisable inhérent au dispositif. Ce caractère est lié à ce qui nous semble justifier l'existence du dispositif : les

individus. Nous reviendrons sur ce point après avoir proposé deux lectures sur l'origine historique de la fonction stratégique, chère à Foucault. Ces lectures apporteront en effet un nouvel éclairage sur la conception des individus dans le dispositif et de fait sur le concept de dispositif.

2. De la compréhension de la fonction stratégique dans la genèse historique

2.1. Que dit Raffnsøe ?

Raffnsøe (2008) montre comment le terme a émergé de la société et de sa nécessité intrinsèque de s'organiser. Il s'ancre dans le domaine de l'armée et la manière dont cette dernière s'est organisée au cours de l'histoire pour devenir une armée de métier, une profession à part entière par la « disciplinarisation ». Cette notion renvoie vraisemblablement au « façonnage » des individus qui composent l'armée. Ce façonnage semble correspondre à un nécessaire processus de professionnalisation, au regard des progrès techniques de la société, où « le soldat traverse un processus d'apprentissage » (Raffnsøe, 2008, p.48). Si la « Disciplinarisation » décrit la méthode, elle semble également en être le résultat en termes de changement.

Raffnsøe (2008) montre que cette démarche s'est étendue à d'autres domaines tels l'école et l'industrie. Il décline alors une analyse de « rationalisation ». C'est un phénomène qui explique la relation des parties au Tout, c'est-à-dire l'intention d'organiser la société selon une logique du sens / de la cohérence. Ainsi, le façonnage des unités d'un Tout permet de donner une unité et du sens au Tout. S'ensuit alors une normalisation spatio-temporelle, outre celui des unités en vue d'une harmonie entre le sens des éléments constituants et celui du Tout.

De l'organisation de l'armée en passant par la conception de la justice sous l'œil du dispositif, il ressort ainsi une « technologisation de la société » telle une dynamique se réactualisant selon un continuum historique. Toute la société peut alors être lue comme une imbrication de dispositifs répondant à la nécessité d'organisation autour du sens des parties convergeant à la cohérence et à l'unité du Tout. A ce point, il s'agit de voir dans le dispositif plus que la relation entre les parties, plus que la relation entre les différentes organisations de la société. Le dispositif est compris comme l'organisation même des liens entre les éléments d'une vie sociétale : « le dispositif est une entité relationnelle » (Raffnsøe, 2008 p.58), « une coordination et en même temps un intermédiaire entre différents éléments irréductibles qui effectuent des échanges entre eux » (Raffnsøe, 2008 p.59). Le but est inexorablement le

changement parce que la situation précédente ne convient plus.

2.2. Que dit Agamben ?

Agamben voit historiquement dans les dispositifs « le renvoi à une économie, c'est-à-dire à un ensemble de praxis, de savoirs, de mesures, d'institutions dont le but est de gérer, de gouverner de contrôler et d'orienter, en un sens qui se veut utile, les comportements, les gestes et les pensées des hommes » (Agamben, 2006 p.29). Agamben considère ainsi le dispositif comme la délimitation du cadre des actions humaines et son ordre. Mais le dispositif définit également des enjeux de pouvoir dans les relations entre individus et finalement entre deux catégories, « d'une part les êtres vivants (ou les substances), de l'autre les dispositifs, à l'intérieur desquels les êtres vivants ne cessent d'être saisis » (Agamben, 2006, p.29). Il analyse en effet la naissance des dispositifs comme « la partition générale et massive de l'être en deux grands ensembles ».

Ainsi, de la séparation entre dispositif et individus et de la définition du dispositif dans l'usage actuel commun comme une réponse à une problématique en contexte, il place sa théorie des dispositifs dans une tradition dichotomique tant sur le plan philosophique que sur le plan historico-théologique.

Agamben (2006) re-contextualise son analyse dans l'œuvre de Foucault et dans la philosophie hégélienne. Pour synthétiser de façon caricaturale, l'homme semblerait s'inscrire dans un rapport dichotomique au divin. Nous l'entendons comme une distinction entre foi et dogme, entre ce qui est source de liberté et de contraintes chez l'homme, caractérisée chez Hegel par l'opposition entre « religion naturelle » et « religion positive ».

Ce qui permet à Agamben de convoquer historiquement la théologie pour expliquer la genèse des dispositifs : la problématique pour l'église était alors d'argumenter la trinité. De là est née la pratique de « l'économie » théologique, celle de l'organisation du discours autour de la trinité. La *dispositio* en théologie, divisant les êtres dans leur foi et leurs actions, rappelle alors la dichotomie hégélienne et permet à Agamben le rapprochement avec les dispositifs en général. Si les êtres sont à l'origine des dispositifs, alors ces derniers ont perverti l'essence des premiers par « une scission qui sépare le vivant de lui-même et du rapport immédiat qu'il entretient avec son milieu » (Agamben, 2006 p.30). Il faut ici comprendre un clivage des individus et des dispositifs.

Dans les travaux de Raffnsøe (2008) comme ceux d'Agamben (2006) et en accord avec Foucault (1977), c'est dans l'histoire des hommes et de la société que les dispositifs

prennent racine pour répondre à une nécessité. Il s'agit d'une réponse organisée face à une situation qui n'était plus ou pas acceptable et exigeait un changement. Dans la définition de Foucault comme dans les analyses de Raffnsøe et Agamben se dessine en filigrane le rôle de l'individu dans le dispositif, soit par les conséquences de l'individu sur le dispositif soit par les conséquences du dispositif sur l'individu. La place occupée par l'individu nuance la conceptualisation du dispositif mais démontre que l'on ne peut pas faire l'économie de l'éclairage des acteurs. C'est cette modalité des acteurs que nous souhaitons explorer.

3. De la place de l'individu dans le dispositif

Pour Raffnsøe (2008), le rapport au dispositif et l'autonomie de l'individu (entraperçu dans l'histoire de l'armée sous la « rationalité ») sont repris dans le domaine social. Façonnage et normalisation posent la question de la soumission des parties, ici des individus au collectif institutionnel auquel ils appartiennent. Raffnsøe semble affirmer qu'il y a bien appropriation/ intériorisation de l'organisation institutionnelle par les individus mais que les parties conservent une forme de résistance pouvant amener à une nouvelle organisation. Ainsi il y voit une interdépendance de l'organisation et des parties qui la constituent. L'ensemble devant être compris comme une dynamique qui s'installe par étapes du fait d'une possible résistance (Raffnsøe, 2008, p.53).

Parce que les dispositifs gèrent les interrelations, organisent la répartition du pouvoir dans la société, ils interrogent aussi l'autonomie des individus. Certes le dispositif révèle ainsi un conditionnement naturellement présent chez l'homme. Cependant semble persister le choix de l'homme d'accepter le conditionnement, parce qu'il le comprend. Nous avons repéré le terme « d'initiatives » à 6 reprises au sein d'une unité discursive, qui conclut que « le dispositif est présent, non pas comme un facteur causalement déterminant mais comme un arrangement » (Raffnsøe, 2008, p.61). Ce qui vient conforter la notion de compréhension du bienfondé « dans la rationalité contenue dans l'arrangement » (Raffnsøe, 2008, p.61).

C'est ainsi que Raffnsøe (2008, p.62) voit dans l'analyse des dispositifs de Foucault une grille de lecture factuelle du pouvoir : « un modèle sur lequel se règlent les activités et les événements sociaux qui naissent par l'interaction sociale et qui sont la création de tout le monde et de personne, une activité de pouvoir qui n'est pas localisée puisqu'elle est disséminée dans le domaine social. »

Agamben (2006) quant à lui, à une lecture « pessimiste » du sens critique de l'individu dans les dispositifs modernes. En effet, ces derniers sont synonymes d'une perte de l'autonomie de l'individu, écrasé par les injonctions consuméristes de la société actuelle pour

le canaliser.

Il y a pourtant, selon lui, une intention de développement du soi à l'origine des dispositifs. Cependant la société moderne et le monde politique semblent avoir perverti les processus d'intériorisation et d'acceptation du dispositif. Ils accompagnaient traditionnellement une prise de conscience du sujet, acteur du dispositif, donnant lieu à un « nouveau Moi » (Agamben, 2006, p.32). Il dénonce avec une certaine véhémence la normalisation des individus au point d'annihiler le « processus de subjectivation ». Nous le comprenons comme une déshumanisation du sujet, faisant de ce dernier, un objet asservi des dispositifs de la société capitaliste de consommation.

L'analyse des dispositifs de la société capitaliste par Agamben en regard de l'analyse théologique de la séparation, qui donne à voir dans les dispositifs le lien entre sacré et profane, n'est pas sans rappeler la devise machiavélique de diviser pour mieux régner.

Raffnsøe et Agamben s'accordent ainsi sur la genèse historique (militaire chez l'un, religieuse chez l'autre) pour comprendre le dispositif comme une entité abstraite existant pour lui-même. Mais à notre sens, l'intérêt réside bien dans sa mise en œuvre et dès lors la considération des individus, comme un paramètre à part entière, est inévitable. D'ailleurs le point de divergence de Raffnsøe et Agamben gravitent autour de l'autonomie des individus dans les dispositifs.

Chez Raffnsøe (2008), l'individu peut prendre des initiatives, du fait qu'il comprend l'intérêt à s'inscrire dans le cadre du dispositif. Chez Agamben (2006), l'individu est objectivé par la société capitaliste consumériste malgré une intention de départ humaniste de l'amener à se développer. Chez Foucault, le sujet est soumis à une analyse dispositifique autour du « jeu de pouvoir ». Mais nous avons noté plus haut le caractère non maîtrisé et non maîtrisable des dispositifs lié aux individus.

En somme, l'individu, quelle que soit sa conception est au cœur du dispositif. Il justifie l'existence du dispositif. Nous gageons en effet que le dispositif ne peut exister que pour et par lui-même sans quoi il reste à l'étape d'abstraction. Or le principe du dispositif est d'être investi par les acteurs sans quoi la stratégie reste stratégie. La fonction de réponse et la finalité de changement resteraient des conditions non remplies pour répondre au concept de dispositif.

Nous avons pu toucher du doigt l'essence du concept de dispositif. Au-delà des ancrages historiques du concept, il faut en voir l'évolution par l'usage qu'en font les hommes. En effet, l'homme a agi sur le concept pour répondre au besoin de situations notamment

d'apprentissage, de formation et de professionnalisation...Il s'agit de saisir en quoi les individus font le dispositif. Ils en sont les acteurs mais comment contextualisent-ils le dispositif. C'est ce que nous propose Albero, sur laquelle nous nous appuyons pour proposer une conceptualisation du dispositif plus adaptée à notre situation, génération et à notre conception humaine.

4. Perspective humanisante

Albero replace le dispositif au cœur de l'histoire contemporaine en retraçant son évolution depuis « la structure » et en passant par « le système ». Ce qui lui permet de définir le dispositif en formation selon un processus dynamique centré sur ses acteurs. En effet, il « met en valeur l'interrelation entre l'offre et l'usage et la mise en adéquation des formes d'intervention prévues par les concepteurs avec les comportements effectifs des publics destinataires » (Albero, 2010, p.50). De cette appropriation par les acteurs du dispositif et en référence à Monique Linard, Albero (2010, p.51) définit « deux dimensions » du dispositif : celle pensée qui modélise un changement et celle vécue au regard de plusieurs variables qui rendent le dispositif « incertain ». Les deux dimensions sont déclinées en « quatre caractéristiques » dont les deux premières semblent renvoyer à la stratégie couchée sur une feuille de route. Les deux dernières renverraient au fonctionnement autonome du dispositif :

- à la marge de manœuvre qu'il laisse aux individus, qui se l'approprient
- et à la malléabilité qui permettrait de le remodeler.

Mais dans cette conception dite « rationnelle » du dispositif, Albero nous met en garde contre l'idéalisation du dispositif où l'on ne verrait que « l'aspect positif », occultant « la face sombre » et le risque de détournement du dispositif dans un objectif de « normalisation » de l'individu. Ce n'est pas sans rappeler la perception politique des enjeux de pouvoir dans le dispositif chez Foucault et le sujet-objet d'Agamben. De ces risques intimement liés, Albero en déduit une « indispensable réflexion éthique sur la nature et la fonction des dispositifs médiatisés... » (Albero, 2010 p.56). Il semble s'agir d'une prise de conscience nécessaire, à partir de laquelle Albero peut développer « l'approche ternaire du dispositif » (Albero, 2010, p.56).

Cette approche place l'individu au centre des considérations dispositives : « En fait, l'observation empirique...permet d'identifier trois dimensions intrinsèques distinctes, constamment à l'œuvre dans tout dispositif qui implique des humains : l'idéal, le fonctionnel de référence et le vécu. » (Albero, 2010 p.56). La première dimension renvoie à l'état abstrait du projet, à la conception et aux concepteurs du dispositif. La deuxième dimension renvoie à

la mise en œuvre du dispositif, portée par des acteurs intermédiaires (entre concepteurs et destinataires) au regard de la situation ; elle correspond à la déclinaison praxéologique du dispositif. Enfin la dernière dimension renvoie à l'usage qui est faite du dispositif, au résultat en contexte et donc à l'appropriation par les destinataires car « c'est bien, à chaque instant, le vécu de leur activité par les acteurs qui fait vivre le projet... » (Albero, 2010 p.57).

Ainsi, quelle que soit la dimension considérée l'individu est présent : il est la clé de voûte du dispositif. Par la centration du dispositif sur les individus et plus particulièrement les destinataires, nous sommes amenés à voir les trois dimensions du dispositif comme extrinsèque, mixte et intrinsèque. Et par sa dimension intrinsèque liée aux destinataires, chaque dispositif est singulier au point que nous rejoignons Albero sur sa qualité « protéiforme polymorphe » d'une part, sur son caractère « incontrôlable » d'autre part.

On note ici qu'Albero s'inscrit dans la lignée de Foucault, Agamben et Raffnsøe, y compris dans le risque de perversion du dispositif par « normalisation et standardisation des conduites individuelles » (Albero, 2010, p.58), mais s'en distingue par la perspective choisie : l'humain doué d'autonomie et de réflexion. De cette perspective, elle dégage une précaution incontournable de « réflexion éthique » : une prérogative que nous attribuons directement aux concepteurs certes mais surtout aux acteurs intermédiaires dans le cadre du dispositif qui nous intéresse, à savoir l'accompagnement des pairs infirmiers dans la prise de poste.

De cette « réflexion éthique » re-contextualisée dans une posture réflexive d'Accompagnant.e-Accompagné.e, l'on peut s'approprier « l'approche ternaire du dispositif » d'Albero. Elle s'articule, à notre sens, autour de la posture bienveillante de partage de pouvoir, pour reprendre Foucault. Plus précisément, il s'agit du partage des connaissances.

A compter de cet instant, il ne s'agit donc plus seulement de transmettre. Ce dernier terme tend à hiérarchiser et verticaliser la passation des connaissances. Il s'ensuit une relation inégale et asymétrique entre celui qui sait et celui qui sait moins techniquement. *Transmettre* empêche la relation de pairs, pouvant réduire au statut d'apprenant, le pair accueilli. On mesure ici le risque du dispositif de reléguer l'individu à une position ou un positionnement convenu. En privilégiant la conception d'Albero sur l'articulation du dispositif par les individus, nous interrogeons, non plus la position mais la posture des individus dans le dispositif.

Si le dispositif en HP se veut accompagnant à la professionnalisation, en ce sens qu'il sécurise patient et soignant dans sa prise de poste, se conçoit-il dans le partage de la technique sans asservir les nouvelles recrues, ni à leurs pairs, ni à l'institution qui cautionne le

dispositif ? La sécurité ne doit en aucun cas éteindre le sujet professionnel qui anime chaque individu. Ainsi, le dispositif ne saurait installer concepteurs et intermédiaires dans une position de crédibilité acquise. Elle les dédouanerait d'engagement éthique auprès des pairs nouvellement arrivés et les rendrait objet d'un dispositif où il serait sourd au « vécu de [...] l'activité des pairs accueillis » (Albero, 2010 p.57).

Afin de nous positionner en tant qu'apprenti-chercheuse au sein de l'institution hospitalière, nous reformulons notre question de départ comme suit : **Le dispositif d'accompagnement (accueil, formation, intégration) des nouvelles recrues en soins infirmiers en hématologie protégée est-il efficace en termes d'ancrage des compétences ?**

En conclusion, le dispositif est donné à voir chez Albero (2010) davantage comme le lieu d'interactions plus que de pouvoir sans toutefois en occulter les risques omniprésents liés aux enjeux de pouvoir. Nous ne pensons pas dénaturer les propos d'Albero en y voyant un éclairage humaniste de l'individu. Albero nous permet ici de décliner le dispositif sous une forme contemporaine souple et ouverte : l'accompagnement.

Synthèse

De la définition lexicale en passant par les considérations philosophiques de Foucault (1977) et historico-philosophiques d'Agamben (2006) et Raffnsøe (2008), le dispositif est davantage défini par sa fonction que par sa nature. Il est en effet une réponse stratégique pour organiser le changement d'une situation sociale, qui n'est plus acceptable. Au cœur du dispositif, il y a les Hommes. Mais quels Hommes ?

Le dispositif crée des enjeux de pouvoir entre les Hommes comme le montre Foucault. Le dispositif uniformise l'être. Mais l'Homme est capable de résistance chez Raffnsøe. Si l'Homme se conforme, c'est en connaissance de cause. Le dispositif est clivant chez Agamben et fait de l'Homme un objet de contrôle. La conception abstraite du dispositif nous permet de porter un regard critique sur le monde qui nous entoure. Ces conceptions forcent le questionnement et la réflexion. Elles permettent de mesurer les risques encourus dans les relations humaines sociales et a fortiori socio-professionnelles.

Histoire et philosophie nous ont permis de prendre conscience des enjeux d'une relation de pairs à pairs à l'intérieur d'une intention qui se veut bienveillante. S'il s'agissait initialement de transmettre des connaissances techniques et d'accompagner l'acquisition de compétences pour une meilleure intégration dans le même temps, nous mesurons l'asymétrie de relation que peut occasionner le dispositif.

Cette première approche conceptuelle nous oblige à ancrer nos repères dans une réflexion humaniste de l'individu et à penser le dispositif en mettant au travail la posture des différents acteurs. Cette posture s'inscrit à tous les niveaux dans un climat éthique de bienveillance et oblige à considérer la question de départ au regard des apports d'Albero.

Le fonctionnement du dispositif, au regard des individus qui l'animent et de leurs interactions, permet-il aux nouvelles recrues en hématologie protégée l'ancrage des compétences et l'affirmation d'une posture professionnelle ? Quelle est la posture des bénéficiaires dans le dispositif d'accompagnement en hématologie protégée ?

C'est en spécifiant le concept d'accompagnement dans le prochain chapitre que nous espérons éclairer ce questionnement, qui déjà nuance notre question départ. En effet le dispositif se veut accompagnant...mais qu'est-ce que l'accompagnement ? Qui accompagne-t-on ? Qui accompagne ? A quoi accompagne-t-on ? Comment accompagne-t-on ?

Chapitre 3 - L'accompagnement

Sociologiquement, nous vivons dans une société de transition. Cette notion fait certes référence à l'écologie mais elle dessine parfaitement le paysage social actuel : nous repensons nos modes de vie pour aller vers un nouvel état d'équilibre. En effet, notre société semble être entrée dans un processus pour arrêter un mouvement trop rapide ayant occasionné une perte des repères spatio-temporels. C'est une instabilité que Boutinet (2002, p.242) a nommée « errance » et que nous comprenons comme une perte du sens. Elle se lit socialement dans la crise de l'emploi des années 70 qui a enraciné le chômage au point que l'individu ne peut plus être valorisé par ce qu'il fait. C'est ce que Boutinet nomme l'« effacement de repères bien identifiables pour délimiter des places à occuper durablement » (Boutinet, 2002, p.245).

L'équipe HP semble « errer », en transition vers le sens, cherche à redonner de la valeur *au faire et à l'être ici, maintenant et ensemble*. Mais comment? Dans un contexte de « souffrance » sociétale, Boutinet conçoit l'accompagnement tel un nouveau « nomadisme...qui exprime simultanément cette nécessité de devoir errer mais aussi le besoin de canaliser notre errance » (Boutinet, 2002, p.244). L'accompagnement serait-il alors paradoxalement une réponse à la perte de sens ?

Dans ce chapitre, nous souhaiterions montrer que, dans un processus de changement vers un équilibre empreint de sens chez l'individu et dans le collectif, l'accompagnement prend son sens. Dans un premier temps nous tenterons de définir ce qu'accompagner veut dire en confrontant l'étymologie à la genèse sociale. De cette confrontation, nous ferons émerger un cadre théorique en nous appuyant sur une partie de la revue de l'art. Le cadre conceptuel de l'accompagnement aura alors pour objectif de délimiter l'objet de recherche et ses indicateurs.

1. Essai de définition : du besoin social aux valeurs humaines

Si l'on essaie de retracer l'origine de l'accompagnement, après un balayage de la littérature, deux perspectives s'imposent. L'une semble être une réponse historique à un besoin social, l'autre s'ancre dans l'étymologie et la sémantique du terme.

Dans les années 70 apparaît, avec le premier choc pétrolier, le chômage comme fracture sociale. L'accompagnement à l'insertion professionnelle s'est fait réponse et s'est systématisé avec le chômage de masse touchant de plus en plus les jeunes et sévissant sur des durées de plus en plus longues. L'accompagnement est alors pensé pour des personnes fragilisées socialement. Il stigmatise en étiquetant un public vulnérable et en mettant en

exergue des problématiques qui exigent une réponse-projet. Cet accompagnement social laisse entrevoir les préoccupations politiques de « caser » dans des normes socialement acceptables. C'est pourquoi cet accompagnement s'est vu reprocher son caractère d'uniformisation.

Parmi les sphères promouvant depuis longtemps un accompagnement dans notre société, on retrouve, outre l'emploi, le soin et l'éducation comme le montre l'article de Gagnon. Il distingue les soins d'accompagnement à la vie dans la mort, des soins apportés à la vie fragile des personnes âgées. L'analyse dans les 4 sphères professionnelles dégage 6 dimensions relatives à l'accompagnement : « souci de l'autre, individualisation de la relation, approche globale, travail sur soi, autonomie et intégration sociale » (Gagnon *et al.*, 2011, p.95).

Il en ressort ainsi des caractéristiques telles que la singularité de la personne accompagnée et la posture exigeante de l'Accompagnant.e. De même, émerge l'engagement de part et d'autre pour un projet de vie avec des injonctions à l'autonomie et à la responsabilisation dans un climat relationnel éthique.

Le recours au mot « accompagnement » pour qualifier un très grand nombre de pratiques témoigne en définitive de la place que prend **la subjectivité** dans l'intervention sociale. Nouvelle version de la croissance et du développement personnel, les pratiques dites d'accompagnement ont ceci en commun qu'elles **mobilisent non seulement les compétences** et savoirs de l'individu, mais aussi son histoire, l'image qu'il se fait de lui-même, la manière dont il éprouve subjectivement sa situation, ainsi que ses **forces morales : responsabilité, autonomie, volonté** (Cantelli et Genard, 2007)...Elles visent non seulement à faire acquérir objectivement à l'individu **une place ou un statut social...**, mais aussi une transformation de sa personne, de son identité, de sa place dans le monde, et de s'en sentir responsable. Quels que soient son titre, sa formation ou son statut, l'accompagnateur doit lui-même **s'engager** de son côté et développer des habilités sur les plans psychologique et relationnel, telles l'empathie ou la motivation, en plus de certaines qualités humaines ou morales...(Gagnon *et al.*, 2011,p.108-109)

Il nous semble ici que la vulnérabilité sociale des individus les laisse en proie à l'incertitude et les pousse à rechercher le sens dans des valeurs humaines à travers lesquelles l'accompagnement se réactualise depuis les années 90.

En outre c'est sur le plan sémantique, dans les différentes déclinaisons du mot que nous retrouvons ces valeurs humaines. Dans un premier temps, l'étude lexicale proposée par le CNRTL nous raccroche au mouvement et à la dimension spatiale: « Se déplacer avec un être animé ». Mais la dimension relationnelle contenue dans le « avec » semble convoquer la solidarité. C'est sans doute ce dont se réclame la sphère sociale à l'émergence de l'accompagnement, sans peut-être en percevoir le risque encouru : l'étiquetage et avec, l'asymétrie relationnelle et l'enfermement projectif générés.

Une première déclinaison de la définition ne présente que « l'idée de mouvement » soit le cheminement comme processus dynamique. Une seconde partie, élargit la définition en y ajoutant « une indication de but ». La finalité certes spatiale a été redéployée dans sa dimension existentielle par la littérature. Ce redéploiement est possible grâce à un sous-chapitre sur le but:

- « - Honorer une personne
- Servir de protecteur ou de guide à une personne
- Servir de compagnon à une personne, notamment à une femme
- Rendre les honneurs funèbres à un mort en le conduisant au cimetière. » (CNRTL)

L'honneur est celui d'accomplir son devoir avec une distinction de dignité humaine qui est mise en évidence et exploré par Vial (2007, p.2).

Dans un second temps de la définition, la simultanéité, « être avec, se passer en même temps », induit la dimension temporelle. Une partie de la définition ne concerne que la sphère inanimée : « Mettre en valeur, orner ». Elle est reprise dans les sphères techniques culinaire et musicale. Pourtant, nous voyons une information capitale, même si elle porte sur les objets. Outre l'aspect ornemental, elle nous dévoile la valorisation par l'accompagnement, notamment celle de l'Accompagné.e. Ainsi la relation d'accompagnement peut se défaire de l'étiquetage pour ouvrir le domaine des possibles à partir du potentiel de l'Accompagné.e. dont se réclame la littérature contemporaine.

Si l'on confronte ce que représente l'accompagnement tel qu'il est apparu en société à son étymologie, l'on peut en saisir « la posture d'essence relationnelle et situationnelle » invoquée par Paul, (2020,p.90) qui fait émerger une démarche centrée sur la relation et une de

ses composantes fondamentales, l'écoute en vue d'une problématisation pour répondre à l'idéal existentiel du sens.

Malgré l'ampleur de la tâche largement effectuée par des auteurs aguerris et reconnus en Sciences de l'Éducation et autres champs disciplinaires, nous nous voyons conviée ici à esquisser un cadre théorique dans lequel nous inscrire. Ce cadre vise à comprendre les enjeux d'accompagnement en HP quant à la prise de poste par les pairs nouvellement recrutés en soins infirmiers. S'agirait-il de valoriser le potentiel d'un public fragilisé par l'instabilité de sa situation : la prise de poste ? Intégrer un pair avec une expérience professionnelle antérieure représente un enjeu en termes d'autonomisation et de crédibilité à acquérir auprès des pairs en poste et nécessite un accompagnement pensé.

2. Entre concept et démarche d'accompagnement

Si l'accompagnement est né comme le décrit Boutinet (2002) dans une société fragilisée et si depuis 30 ans, la réflexion a évolué notamment dans les différents champs disciplinaires, il nous semble qu'accompagner reste une notion complexe. Nous retiendrons le terme explicite de « *nébuleuse* » (Paul, 2002). Toutefois ce texte de 2002 laisse déjà transparaître l'idée d'un squelette de l'accompagnement, défini selon des « lignes de forces », que Paul nomment « processus », « cadre méthodologique », « fonction », « nature de l'interaction », « stratégie » (Paul, 2002, p.53). À l'intérieur de ce squelette, les variables sont telles que le concept reste polymorphe. C'est en explorant les champs du social, de l'éducation, de la santé et de l'emploi, qui se revendiquent de l'accompagnement, que Paul (2009) en articule le squelette plus précisément autour de 4 attributs « fonction, posture, démarche et relation » (Paul, 2009, p.41). Chaque sphère professionnelle évoquée semble avoir privilégié une de ces facettes de l'accompagnement en se rattachant soit à l'« être avec » soit à l'« aller vers ». Or, depuis les années 90, accompagner c'est embrasser toutes les facettes de la définition lexicale de base au profit du sens existentiel.

Dans son ouvrage *La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques*, Paul (2020, p.78) reprend ces 4 attributs pour créer une unité au sein du « cadran fonctionnel » de l'accompagnement et en montrer les articulations et imbrications. Ce faisant, elle pose également les bases d'un équilibre conscientisé entre les exigences d'une instance institutionnelle qui légitime l'accompagnement et les exigences

éthiques de la relation, soumises aux variables de la situation.

Cet équilibre, Paul peut le poser après avoir décrit, dans les premiers chapitres de l'ouvrage, l'ancrage social et institutionnel de l'accompagnement. Ainsi, décrit-elle ce qu'il n'est pas et met en garde contre les risques de dérives et de perversion, inhérents aux origines sociopolitiques. Elle semble déconstruire l'accompagnement pour en comprendre la complexité au regard de la confrontation entre genèse sociale et étymologie

Dans cette conscientisation et acceptation de « l'institué », le « cadran fonctionnel » et celui « opérationnel » permettent de tisser des repères pour accompagner (Paul, 2020, p.80).

Nous ne pouvons pas embrasser l'œuvre de Paul ni même faire une synthèse de ce qu'est l'accompagnement dans la revue de l'art. Ce serait illusoire et contre nature si nous avons bien saisi les enjeux de la dimension situationnelle.

Mais au regard des composantes - fonction, posture, démarche et relation - nous proposons d'exposer quelques travaux relatifs à l'accompagnement afin d'accroître le degré de problématisation de notre préoccupation : l'accompagnement des nouvelles recrues en soins infirmiers dans le service d'HP en vue de leur intégration et de la cohésion d'équipe.

2.1. De la relation

La relation est pivot dans l'accompagnement, elle en est le prérequis puisqu'accompagner consiste à « être avec ». Mais quelle est la nature de la relation, comment naît-elle, comment vit-elle, quelles promesses tient-elle ?

La définition nous conduit au lien à créer. Dans la relation, il s'agit en effet de se lier, au sens de se connecter (et non de devenir dépendant) pour permettre la « rencontre » (Vial, 2007, p.11). Paul évoque une « mise en relation », qu'elle décline en étapes opérationnelles « accueillir s'ouvrir, échanger, recueillir et fonder » (Paul, 2020, p.50). Ces étapes ont de chronologique qu'elles sont préliminaires dans la relation. Toutefois elles peuvent être simultanées ou s'imbriquer. Elles se conditionnent les unes les autres et s'entretiennent tout au long de l'accompagnement.

Paul (2020, pp.103-129) développe les caractéristiques et les exigences auxquelles doit répondre la relation pour être digne de ce nom dans le chapitre 6. Schématiquement, elle pointe les paradoxes de la relation (points 1 à 4) pour dire ce qu'elle n'est pas et ce qu'elle doit advenir. Elle en définit également les modalités (points 5 à 9 ; points 11 et 12) ou en dénonce les risques (point 10).

Toutefois la relation n'est pas à percevoir que dans l'altérité. En effet, il s'agit outre de

la relation à autrui de penser en amont la relation à soi, d'examiner la relation en contexte.

La dynamique relationnelle est ainsi placée sous le signe de la multiplicité et conduit à devoir prendre en compte les liens avec les autres, avec l'environnement autant qu'avec soi-même. L'enjeu est de passer d'une focalisation exclusive sur l'autre à une vision élargie de soi et de l'autre en relation. L'attention n'est ni centrée sur la personne ni centrée sur le problème, mais sur la relation de la personne à la situation mise au travail et à sa résonance environnementale. (Paul, 2020, p.83)

Le lien ne saurait donc être ni fusionnel ni dual. La relation tient sa complexité de ses mouvements centrifuges et centripètes pour chacun des acteurs dans sa singularité en lien avec l'autre. La relation semble procéder d'un quadruple mouvement, celui à :

- soi-même
- l'autre
- la réalité (contexte d'accompagnement)
- l'environnement et au monde plus largement

C'est pourquoi, il s'agit davantage de se « relier » que de se lier :

Un des effets attendus de l'accompagnement, ce n'est pas de se lier l'autre à soi pour en faire sa chose (lier) comme dans le guidage, c'est de faire que l'accompagné puisse se re-lier, c'est-à-dire se lier autrement qu'avant à la culture dans laquelle il est. L'objet du travail c'est le sens de la vie, le sens du travail, c'est la qualité d'être humain, c'est la reliance, son inscription au monde. (Vial, 2007, p.9)

Si la relation est niée, bafouée ou altérée dans sa dimension existentielle alors il ne s'agit plus d'accompagnement, mais d'assistanat ou d'obligation. Elle encourt le risque d'échouer dans sa finalité d'émancipation. L'étymologie nous rappelle en effet qu'au-delà « d'être avec » il s'agit d'« aller vers » puisqu'elle mentionne un déplacement avec but. Le but ne peut pas être opérationnel lorsque l'on a considéré la dimension existentielle du lien. Nous comprenons alors en quoi « l'accompagnement désigne...un contexte relationnel au

sein duquel un être humain bénéficie des conditions qui lui sont nécessaires pour se construire en tant qu'être existant et force de déploiement » (Paul, 2020, p.47). L'être en question n'est pas seulement l'Accompagné.e. La relation d'accompagnement contient ainsi la promesse de l'émancipation des acteurs – Accompagnant.e. et Accompagné.e. - dans la reconnaissance mutuelle du potentiel de la rencontre et de leurs personnes respectives. Paul (2020, p.128) parle ici de « promotion mutuelle ». Nous aimons à reconnaître le développement personnel en harmonie avec le collectif pour chacun des acteurs. Croire en cette promotion favorise une relation équitable.

En somme, par la dimension existentielle du lien qu'elle donne à construire et sa vocation d'émancipation mutuelle, la relation est contextualisante. D'ailleurs, Biémar fait de la relation, le fil conducteur de l'accompagnement : « Cet axe est sans doute celui qui impulsera le premier mouvement du processus d'accompagnement car, selon nous, c'est la relation qui permettra à l'accompagnement de se poursuivre et d'aboutir » (Charlier & Biémar, 2012, p.31). Nous avons annoncé que la relation était le prérequis, il nous semble désormais qu'elle en est également la finalité.

Parce qu'elle est contextualisante, la relation donne du sens à ce que *l'on est quand on le fait*. Elle conserve toutefois son caractère contextualisé par la fonction de l'accompagnateur.

2.2. De la fonction

La fonction est première dans la chronologie relationnelle du fait de l'institution qui passe commande mais elle n'a pas la primauté. Elle légitime socialement la présence des acteurs et organise la vie en société. Elle assure un cadre, parfois sécurisant quand on songe au monde hospitalier. Ce cadre, « l'institué » (Paul, 2020), est nécessaire par la stabilité qu'il confère à l'accompagnement. Mais ce dernier ne peut pas se réduire à la seule fonction. Le cas échéant, il n'y aurait pas de relation mais des obligations avec l'objectif de résoudre un problème. Cela peut arriver et il s'agit alors de régularisation institutionnelle. Si accompagnement il y a, c'est qu'un enjeu de dignité humaine est présent comme dans les racines lexicales de valorisation ou du devoir, de l'honneur, explorées par Vial (2007, p.2).

La fonction s'exprime dans les objectifs opérationnels de changement mais ne peut se limiter à rester en l'état. Les objectifs ne peuvent pas être la finalité. La finalité de transformation a une dimension existentielle contenue dans la relation. Chez Vial (2007,p.10), « le sacré » est à la relation ce que « le religieux » est à la fonction dans l'accompagnement. La relation confère à l'accompagnement le caractère sacré de la vie humaine parce qu'elle

donne du sens à ce que *l'on est quand on le fait*.

Le caractère contextualisé, octroyé par la fonction, est dévoyé pour tous les risques de dérives, de perversion qu'encourt la relation dont la normalisation. Peut-être que sa présence dans la ligne de mire de l'accompagnateur permet de garder à l'esprit ces risques et dérives. On pourrait voir dans la fonction un garde-fou plutôt qu'une menace. Peut-être que cet accueil en conscience de « l'institué » (Paul, 2020) est aujourd'hui un des paramètres qui permet d'ailleurs d'interroger la professionnalisation des accompagnateurs.

Mentionner la professionnalisation de l'accompagnateur, c'est évoquer ses compétences et à ce jour elles semblent inscrites dans sa posture engagée. En s'engageant, l'accompagnateur permet à la relation de dépasser sa légitimité institutionnelle. La posture devient alors garante de la relation et permet de décliner la démarche. « On l'aura compris : c'est la posture qui est déterminante, puisqu'elle engage en les orientant, et la relation et la démarche. » (Paul, 2020, p.90)

2.3. De la posture

Nous proposons ici de définir dans un premier temps l'essence de la posture pour en décliner ensuite les caractéristiques. La première permet de délimiter les contours éthiques dans lesquels la relation d'accompagnement s'inscrit alors que les secondes donnent à voir des comportements physiques de l'accompagnateur.

Chez Paul (2020, p.90) il faut comprendre la posture comme « désignant ce qui émane de soi, ce qui est engagé dans la relation à l'autre, dans la fulgurance d'un moment et d'une situation, [et qui] porte une large part non consciente ». C'est pourquoi, Biémar (Charlier & Biémar, 2012, p.17) évoque une « mise en tension de soi ». C'est un travail sur soi, en amont de la relation certes, pour être prêt à accueillir l'autre dans son altérité, mais aussi dans « l'instant » comme le stipule Paul (2020, p.91). Il s'agit de faire preuve de souplesse et être capable d'ajustements au gré de la situation relationnelle. La posture est alors ancrage et processus en ce sens qu'elle exige de « s'impliquer » pour mieux « se distancier ».

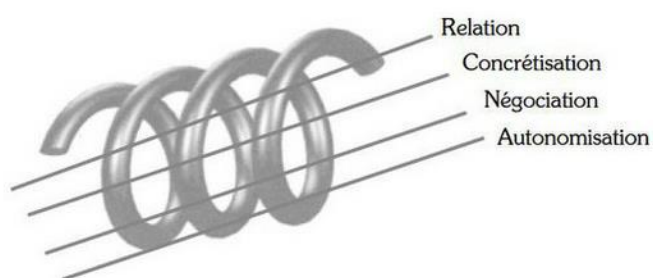
Paul convoque une disposition physique et psychique de l'Accompagnant.e : « attentif », « ouvert », « présent » et « disponible » (Paul, 2020, p.93) et fait lien avec l'étymologie du verbe accompagner, déclinée plus tôt (Paul, 2020, p.52).

C'est à partir de cette disposition que l'accompagnateur peut inscrire la relation dans un climat éthique et convoquer un certain nombre de valeurs : respect, confiance,

reconnaissance, réciprocité, auxquelles nous ajouterons authenticité et honnêteté intellectuelle qui sont présentes en filigrane mais ne sont pas toujours nommées. Ces valeurs semblent acquises pour la communauté scientifique mais nécessite d'être mises au travail avant, pendant et après l'accompagnement. Elles garantissent en effet la singularité et l'équité dans la relation.

Il nous semble donc comprendre une justesse de la posture en pleine conscience de soi et de l'autre et de la relation qui se joue. Une posture complexe, résumée par les termes « ...d'essence relationnelle et situationnelle. » (Paul, 2020,p. 90).

Toutefois, Paul affirme de la posture qu' « elle se distingue des compétences en se référant davantage aux qualités...» (Paul, 2020, p.90). Charlier, quant à elle, dans le dictionnaire de la professionnalisation, y voit des « gestes spécifiques qui tiennent de sa professionnalité » (Jorro, 2013, p.18). On note en effet que cette dernière semble s'inscrire dans une dimension davantage pragmatique de l'accompagnement notamment en coécrivant avec Biémar l'ouvrage « Accompagner : un agir professionnel » sous la direction de Jorro (2012). De tous les projets d'accompagnement en contexte d'éducation et/ou de formation continue, il ressort en effet des principes posturaux, des stratégies d'actions, des démarches. Les postures sont identifiées selon 4 axes d'une spirale et nommées : « boucle de relation », « boucle de négociation », « boucle de concrétisation » et « boucle d'autonomisation ».



Document 1 - L'axe de la relation (Charlier & Biémar, 2012, p.31)

En regard des 4 axes, 8 « compétences générales » spécifient ces postures et chaque compétence est déclinée en capacités sous formes verbales (Charlier & Biémar, 2012, pp.161-166).

COMPÉTENCES de l'ACCOMPAGNATEUR de groupes	
Générales	Spécifiques
BOUCLE DE LA RELATION CONSTRUIRE une RELATION de coopération entre les partenaires	<p>Amorcer la relation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrer en contact • Se présenter en tant que PERSONNE <p>Faire vivre et entretenir la relation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être présent dans l'école, dans le temps • Être vu dans l'école • Être connu et reconnu par différents acteurs dans l'école • Garder le contact via les mails, les courriers... <p>Pratiquer l'écoute active</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire exprimer pour faire avancer la discussion • Manifester ses émotions en entretenant la communication <p>Faciliter la communication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un climat de confiance • Instaurer une transparence dans la relation • Développer l'aspect convivial des rencontres <p>Rendre possible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer par sa présence • Sécuriser • Reconnaître les personnes et leurs compétences • Autoriser
BOUCLE DE L'AUTONOMISATION AMORCER et GÉRER la RÉFLEXIVITÉ au sein du groupe	<p>Aider à prendre du recul par rapport à sa réalité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourager à prendre de l'info sur le réel, à l'analyser et à en tenir compte: donner la possibilité à la direction de lire son école à travers des grilles différentes... • Aider à recevoir sans la déformer les informations qui circulent: faire organiser des enquêtes, proposer d'aller sentir le pouls de l'organisation en se rendant aux lieux stratégiques • Faire décrire la situation telle qu'elle est vécue, les pratiques • Encourager à s'approprier son expérience de vie: faire lire le chemin parcouru (cf formalisation) <p>Aider à identifier les zones où des actions sont envisageables en fonction des besoins, des demandes, des attentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre compte en miroir de ce qui se fait: faire part d'un feed-back • Aider l'Autre à analyser la situation vécue, les difficultés, les ressources (rendre apte à s'auto-évaluer, à organiser un feed-back, une régulation, à utiliser des outils) • Valoriser l'existant: identifier les forces, les leviers <p>Aider à investir les endroits où des actions sont envisageables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider à percevoir, à identifier les décisions à prendre: pointer les champs qui suscitent une décision... • Aider à envisager les multiples possibilités, les projets à construire au sein d'un lieu déterminé • Aider à faire des choix, à prendre des décisions: guider vers la prise de décisions <p>Soutenir les actions entreprises</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider à agir, à expérimenter de nouvelles choses: préparer ensemble l'action • Apporter la sécurité nécessaire pour s'engager dans des terrains inconnus: encourager, donner des balises, être accessible • Valoriser les actions entreprises

Document 2 –

Extrait des grilles de compétences de l'accompagnateur (Charlier & Biémar, 2012, p.161-166)

Autrement dit, l'ouvrage offre des repères à partir d'analyses de pratiques réalisées par l'équipe de chercheurs de l'université de Namur du département Education et Technologie. Cet ouvrage contribue toutefois à la conceptualisation de l'accompagnement, de laquelle émergent plusieurs principes fondateurs, dont l'écoute et le dialogue.

A cet endroit, Paul définit d'ailleurs l'accompagnement comme la « navigation entre des postures différentes » dont « la posture de non- savoir, celle du dialogue, celle de l'écoute, de la posture tierce et la posture émancipatrice » (Paul, 2020, pp.92-97).

Ces postures sont fédératrices. Nous ne reprendrons que l'écoute, le dialogue, et la posture tierce. Le non-savoir se rattache à l'accueil de l'autre dans l'équité et la singularité, déjà évoqués. La posture émancipatrice contient la finalité relationnelle également évoquée et est intimement liée à la posture tierce. Ainsi, nous reprendrons la posture dialogique, d'écoute et celle du tiers parce qu'elles constituent des invariants en actes « éclairants » à ce stade du travail de la relation d'accompagnement.

La posture d'écoute est à comprendre au sens thérapeutique rogérien, dans la mesure où l'écoute est active, soit interactive, et permet la compréhension des enjeux de la situation relationnelle. L'écoute active permet de « décortiquer » ce qui anime l'Accompagné.e. pour reconstruire le sens de façon unificatrice. L'écoute est le temps de la centration qui rend

possible la lecture de l'implicite. Elle permet de prendre en compte le vécu dans son entité : contexte, affects, ressentis, croyances et représentations. L'écoute permet ainsi à la situation de se raconter.

L'écoute de l'autre apparaît comme une évidence mais pas uniquement. Il s'agit pour l'accompagnateur d'être aussi à l'écoute de soi pour percevoir dans l'instant ce qui le traverse. C'est une forme de respect envers sa posture et donc un gage de bienveillance envers la relation.

Paul consacre un chapitre complet à l'écoute et en fait le huitième repère de l'accompagnement. Elle découpe l'écoute en quadrants qui permettent d'objectiver la matière verbale. Il y a « l'écoute analytique » qui contextualise, il y a « l'écoute stratégique » pour embrasser les potentiels et maintenir l'éventail ouvert, « l'écoute empathique » axée sur les ressentis et l'écoute pragmatique, qui permet la projection par les modalités. (Paul, 2020, p.158-160). Il nous semble que le flux verbal rend les quadrants perméables et que seul l'aspect dialogique permet de se repérer pour donner matière à construire le sens.

Paul avance dans la description de la dynamique relationnelle de l'accompagnement que « la communication, **de type dialogique**, crée un “terrain d'entente” » (Paul, 2020, p.83-84). Il permet en effet à l'Accompagné.e. de s'affirmer en tant qu'entité à part entière et à l'accompagnateur de décoder ce qui relève du « factuel, de l'affectif et l'interprétatif » (Paul, 2020, p.179). Le dialogue est l'émergence, de ce qui a été intériorisé, par la verbalisation sur les modes de « la description » et de « la narration » (Paul, 2020, pp.183-186). Modes de verbalisation et strates de décodages font ainsi écho aux quadrants de l'écoute analytique et empathique et permettent l'articulation des écoutes stratégique et pragmatique.

Le dialogue donne à voir une « compétence » dans « l'art de converser » (Paul, 2020, pp.186-188) et privilégie le mode de l'entretien sans avoir peur des différences, car elles sont le cœur d'une négociation authentique. La négociation est dans l'étude Biémar un des champs de compétences de l'accompagnateur rendu possible par l'écoute et le dialogue (Charlier & Biémar, 2012, pp.27-28).

Ecoute et dialogue, par les phénomènes induits de centration et décentration, nous semble garants de l'adhésion de l'Accompagné.e. et de la co-construction de la demande et par conséquent garant de la posture tierce.

Le **tiers accompagnateur** représente l'espace entre l'institution et l'Accompagné.e., entre la culture professionnelle et l'Accompagné.e., entre le monde et l'Accompagné.e. (Vial, 2007, pp.12-13). Mais le tiers ne crée pas de lien, il crée un « vide » (Vial, 2007, p.12). Il maintient « ouvert l'ouverture » (Paul, 2020, p.96). Il s'agit du difficile exercice de prendre part sans prendre parti, de participer sans militer.

La posture du tiers est possible grâce à la mise au travail de l'accompagnateur lui-même pour conserver sa singularité, celle de l'Accompagné.e. et celle de l'institution « afin que chacun trouve sa place » pour permettre la désolidarisation (Vial, 2007, p.12). Le tiers est celui qui permet aux acteurs de s'émanciper, à l'image d'atomes qui trouvent une affinité temporaire dans une molécule, puis explorent un espace créé par les liens, pour mieux se détacher et continuer à vivre sous une forme nouvelle. L'accompagnement devient donc un tremplin vers un re-nouveau, où l'accompagnateur incarne cet espace, créé par la « triangulation ». Mais il n'est pas un médiateur, au risque de remplir l'espace comme l'illustre Vial à partir de Imbert (Vial, 2007, p.12).

Il y a, en effet, le cas échéant, un enjeu de pouvoir au sens foucauldien lié au « territoire » professionnel alors que l'espace est partagé, source de créativité et d'indépendance pour chacun des acteurs comme le montre Boucenna (Charlier & Biémar, 2012, chapitre 4). L'accompagné est ainsi à l'image du phénix qui peut renaître de son potentiel de sujet-auteur de sa vie.

Il nous semble que le postulat de la potentialité dans l'altérité et le principe de non jugement sont garants du tiers.

Pour conclure sur la posture, nous ajouterons que toutes les facettes de la posture (écoute, dialogue et posture tierce) sont interdépendantes et qu'elles se conditionnent mutuellement. C'est le travail conscientisé de chacune d'elle dans l'accompagnement, à tour de rôle ou simultanément, qui permet à l'accompagnateur d'être juste dans sa posture de pleine conscience. Les différentes dimensions posturales confèrent à la posture globale son caractère éducatif et rendent la relation éducative (Paul, 2020, p.47). L'une étant garante de l'autre.

Ainsi, dans cet espace relationnel de dialogue et d'écoute, l'accompagnateur peut travailler de concert à la problématisation de la situation par le questionnement, chacun des acteurs se positionnant dans une démarche de réflexivité.

2.4. De la démarche

D'après le septième repère, la démarche est l'ensemble des ressources mobilisées, qui permettent de contractualiser pédagogiquement un projet sur le principe de collaboration et en vue d'un changement (Paul, 2020, pp.132-153). Mais la finalité reste le développement de la personne au-delà du projet et de ses résultats. D'ailleurs, la vie nous a souvent montré que le projet est davantage porteur de satisfaction que son aboutissement même.

Parmi les leviers, on retrouve les postures d'écoute et de dialogue en vue de la verbalisation. Elles permettent de problématiser la situation, c'est-à-dire non pas de la rendre problématique, mais de la questionner en prenant de la hauteur.

Il s'agit donc pour l'accompagnateur d'avoir une démarche réflexive, de la ranimer ou l'insuffler chez l'Accompagné.e pour la faire vivre au-delà de la relation d'accompagnement. La démarche de réflexivité est en effet cruciale. Elle facilite la compréhension et objective le sens pour l'accompagnateur comme l'Accompagné.e. Vial l'exprime de façon quasi métaphysique :

Une des compétences fondamentales de l'accompagnateur, c'est d'arriver à faire que l'autre problématiser le sens de sa vie. Et ce n'est pas vraiment mécanique ! Alors une des choses qui aide, c'est la notion d'énigme... Tout ce que l'on peut attendre, c'est que l'autre enclenche un travail d'élucidation de la question. (Vial, 2007, p.11)

Perrenoud, quant à lui, évoque la démarche clinique dans le cadre de la professionnalisation. La réflexivité y est posture et compétence métacognitive de l'Accompagné.e. dans sa formation (Perrenoud, 2001, pp.7-13). « La compétence consiste donc aussi à tirer le meilleur parti de ce que l'on a sous la main, en temps réel... » et la ressource réside dans l'accompagné puisque « l'instrument principal du professionnel c'est sa propre personne » (Perrenoud, 2001, p.8). Il s'agit ici de prendre de la hauteur pendant l'activité et a posteriori sous forme de *feedback*. Professionnaliser en formant à la démarche clinique est alors source de développement : « Il faut pour que le processus soit optimal, que la formation développe les capacités d'auto-socio-construction du sujet. » (Perrenoud, 2001, p.9)

Ainsi, dans l'accompagnement, la démarche permet de porter un regard critique sur le faire. C'est donc une manière *d'être*, qui permet développement professionnel **et** personnel. C'est donc une manière *d'être au monde*, une manière de vivre.

Au regard du travail accompli dans ce chapitre, nous constatons que l'Accompagné.e. est au cœur de la relation, qu'il conditionne posture et démarche. Paradoxalement pour que cette relation d'accompagnement fonctionne, elle engage l'accompagnateur et le met au travail de ce qu'il *fait, pense, ressent et est*. Cette mise au travail est certes une posture de pleine conscience dans l'instant de la relation, mais également une démarche professionnelle en amont de la relation au point d'interroger la professionnalité (les compétences) et la professionnalisation des accompagnateurs (l'acquisition de compétences).

Au total, nous ne pouvons pas évaluer le dispositif d'hématologie sans avoir questionné l'accompagnement même dont il se réclame. C'est pourquoi, la question de départ se voit amputée des mots *accueil, formation, intégration et compétences* au profit d'un focus sur la posture. Ainsi, nous laissons aux outils d'enquête et à l'observation des pratiques sur le terrain, la possibilité de révéler ces éléments et de les analyser ultérieurement. La question de départ se décline alors comme suit : **En quoi le dispositif d'accompagnement des nouvelles recrues en hématologie protégée est-il efficace en termes de posture professionnelle ?**

Cependant, même sous cette forme, la question semble biaiser notre recherche. En effet, qui est garant de la relation d'accompagnement ? N'est-ce pas l'Accompagnant.e par sa posture éducative engagée ?

Nous entrevoyons ici une nécessaire pause réflexive, pour davantage problématiser notre question de départ.

Synthèse

L'accompagnement naît d'une nécessité sociale. Il est la réponse institutionnelle au chômage des années 70, une prise en charge des élèves en difficulté, une solution pour pallier la perte d'autonomie. En ces termes, il se caractérise par un étiquetage de bénéficiaires vulnérables et les stigmatise. Cette réponse a également un caractère d'immédiateté, qui laisse penser que l'on est moins dans l'acceptation de la différence que dans la standardisation. C'est le reproche adressé à l'accompagnement dans l'emploi comme dans le champ social, l'éducation ou la santé.

Si l'accompagnement institutionnel comporte le risque de conformisme, alors les personnes incarnant l'institution, sont animées par la solidarité. Cette valeur sociale nous semble fondamentale à l'heure, où le bien-être est en proie à l'individualisme. L'ancrage dans les valeurs de l'accompagnement nous reconnecte aux origines sémantiques du mot accompagner. Se rattacher aux valeurs de l'humain donne à voir l'intention de valorisation de l'être. C'est bien de l'intention de valoriser l'autre que l'accompagnement cherche à se nourrir depuis les années 90 et la littérature en fait montre.

Nous avons essayé d'en redonner l'essence pour construire un cadre théorique. Les 9 repères de Paul, les explorations de Charlier & Biémar, pour faire émerger compétences et démarches, la problématisation par le tiers chez Vial, la démarche clinique de réflexivité chez Perrenoud sont des pistes éclairantes. Elles s'inscrivent dans la compréhension de soi, de l'autre et du sens de la vie. Mais elles ne sont que des pistes et ne doivent enfermer dans un aucun modèle.

Il en ressort une conception humaniste de l'accompagnement : une relation dialogique, centrée sur l'accompagné. Il est aussi travail de posture de l'accompagnateur-tiers engagé. En collaboration avec l'Accompagné.e., il crée les conditions relationnelles de l'accompagnement, par une posture de pleine conscience.

L'engagement de l'accompagnateur nous interroge alors sur sa professionnalisation voire paradoxalement sur la didactisation de l'accompagnement. C'est pourquoi, nous souhaiterions contribuer à la réflexion dans le champ de la santé avec l'accompagnement des infirmiers nouvellement recrutés dans leur prise de poste.

Nous nous proposons donc en suivant de reprendre la matière apportée par le cadre contextuel et conceptuel pour éclairer notre problématique et orienter notre recherche.

Chapitre 4 - Accompagnement accompagné en hématologie protégée ?

Dans ce chapitre, examinons l'ensemble de la matière recueillie, pour articuler notre réflexion.

Dans un premier temps, nous avons relaté le malaise d'une équipe d'un plateau technique performant : l'hématologie protégée. La perte de communication et la fuite de compétences a obligé l'équipe à s'interroger sur l'intégration des nouvelles recrues. Le questionnement a conduit à la création d'un dispositif. Nous nous sommes ainsi inscrite dans une question de départ. Mais elle mérite une pause avant d'être explorée davantage. Les concepts de dispositif, d'accompagnement ont en effet modifié notre perception de la problématique. Il s'agit maintenant de fixer l'objet de recherche.

Tout d'abord, nous montrerons que le dispositif répond aux critères de définition mais n'est pas évaluable en l'état. Dans un second temps, nous montrerons que l'analyse de la posture de l'accompagnateur est préliminaire dans l'évaluation du dispositif. Enfin, avant de proposer une question de recherche, nous tenterons d'esquisser la légitimité de notre objet de recherche grâce aux travaux proposés par Vivegnis sur la conception des accompagnateurs de leur propre posture. Nous pourrons alors rassembler les éléments qui serviront au développement notre méthodologie ultérieure.

1. Entre terrain et concepts : le dispositif est-il accompagnement ?

Initialement, le terrain de recherche propose une démarche d'accompagnement des pairs pour former au-delà de la formation initiale en soins infirmiers. L'objectif étant de faciliter la prise de de poste.

L'accompagnement est ici pensé en dispositif (tel que décrit dans le premier chapitre) pour donner une unité cohésive à l'équipe en faisant sens chez les pairs nouvellement recrutés. Le dispositif des fiches techniques semble contextualiser l'accompagnement à petite échelle pour créer des unités de sens. Ce dispositif exige un engagement des pairs et futurs pairs pour fédérer une équipe autour de compétences et de valeurs communes. Et il répond parfaitement à la définition d'une réponse stratégique pour organiser le changement d'une situation, ici socio-professionnelle, qui n'était plus acceptable. Qui plus est, la démarche est légitimée sur le plan politique, juridique et institutionnel par l'engagement soignant à se former et à former l'autre.

Le public bénéficiaire peut être considéré comme fragile. Professionnellement, l'arrivée dans un nouveau service et parfois une nouvelle spécialité engendre une période d'instabilité dans l'acquisition de compétences comme dans la relation aux pairs, malgré l'expérience antérieure. Les pairs ne semblent par ailleurs le devenir que lorsque la confiance et la crédibilité professionnelle se sont installées.

On pourrait avancer que, dans l'absolu, le dispositif d'accompagnement est bien un dispositif qui accompagne. Toutefois philosophie et histoire, à travers Foucault, Agamben et Raffnsøe, nous ont permis de prendre conscience des enjeux relationnels de pouvoir entre individus et en l'occurrence ici pairs infirmiers. C'est en revanche, la conception contemporaine d'Albero qui nous a laissé entrevoir la dimension humaine du dispositif par les interactions interpersonnelles qui s'y jouent.

Ainsi, si nous avons soupçonné initialement la seule transmission de connaissances techniques, il est apparu nécessaire de considérer le dispositif d'accompagnement des pairs comme le partage des connaissances et même l'échange de connaissances. Dans le partage, l'autre est en effet potentiel. Or, dans la démarche d'accompagnement des pairs infirmiers en H.P. à la prise de poste, il y a aussi l'intention d'intégration. Dans l'intégration, il y a l'idée d'acceptation de l'altérité et de son potentiel. Cette intention est lisible, semble-t-il, dans les entretiens avec un support de compétences répertoriées. A ce jour, si les fiches techniques circulent d'Accompagnant.e.s à Accompagné.e.s, les entretiens restent informels sur le mode de compagnonnage mais ils tendent à se systématiser. Les supports sont en cours de réalisation et n'ont pas pu être mis à profit. Il semblerait qu'ils doivent aider à trouver le sens de ce que l'on fait, le sens de soi dans le collectif. Mais au-delà des entretiens se pose la question de la posture des pairs accompagnants dans le dispositif. Quelle posture adoptent-ils ? La posture d'accompagnement a-t-elle été pensée ?

La posture est en effet au cœur de nos considérations. Elle nous a interpellée dans la dimension éthique qu'Albero posait comme cadre du dispositif. Elle s'est totalement épanouie dans l'exploration de l'accompagnement.

2. Posture de recherche sur la posture

Nous pensions mettre la posture des Accompagné.e.s sous la loupe de notre recherche, pour vérifier l'idée qu'ils /elles sont au cœur de la relation d'accompagnement. En procédant ainsi, il nous semble fausser la recherche et affirmer quelque chose que l'on cherche à savoir. Nous pensions en effet que, de l'analyse de la posture des pairs infirmiers

nouvellement recrutés, nous pourrions évaluer le dispositif d'accompagnement en HP. C'est alors partir du principe qu'ils ont été accompagnés éthiquement à la prise de poste dans un souci de construction du sens, du développement de soi.

Si les pairs nouvellement recrutés interrogent souvent l'encadrement sur la possibilité d'un accompagnement à la prise de poste, c'est, à notre sens, la situation de crise en HP et le mal-être des soignants en poste qui a généré la réflexion autour de l'accompagnement. Par ailleurs, si la demande a été verbalisée explicitement au moment du recrutement, elle reste à co-construire pour être adaptée à la singularité de chaque Accompagné.e. Il nous semble donc désormais légitime d'aller questionner la posture des concepteurs et accompagnateurs dans le dispositif en HP. Ils sont en effet les mêmes. Ainsi, les accompagnateurs-concepteurs sont à considérer au même titre que les bénéficiaires, comme des individus qui font vivre le dispositif, comme nous l'avait indiqué Alberio (2010). Ce qu'ont conforté Paul (2020) et Vial (2007). A partir de là, la posture de l'Accompagnant.e est garante de la relation dans l'accompagnement : « On l'aura compris : c'est la posture qui est déterminante, puisqu'elle engage en les orientant, et la relation et la démarche » (Paul, 2020, p.90). Enfin, de façon éthique, le public bénéficiaire reste « fragile », il ne peut pas être stigmatisé en étant mis sous la loupe de la recherche.

Dans cette conception humaniste, l'accompagnement est une relation dialogique, centrée sur l'Accompagné.e. Et le dialogue exige d'abord un travail de posture de l'Accompagnateur-tiers engagé. En collaboration avec l'Accompagné.e., il crée les conditions relationnelles par une posture de pleine conscience. Rappelons que la posture dialogique est intimement liée à celle d'écoute active incarnée par le tiers-accompagnateur. C'est dans cette posture que peut être déclinée la démarche réflexive, celle qui doit être suscitée chez l'Accompagné.e., mais aussi celle qui doit habiter l'accompagnateur avant, pendant, et après l'accompagnement. Or, la démarche clinique de réflexivité est au cœur de la formation initiale des soins infirmiers. Ainsi les soignants ont reçu un « enseignement », au cours de la formation initiale, leur permettant de former autrui...de l'accompagner professionnellement. La compétence 10 du référentiel de formation initiale « Informer et former des professionnels et des personnes en formation » l'atteste.

Ainsi, la compétence 10 et la posture réflexive, cœur de métier des infirmiers, prédestineraient-elles les soignants à faire de l'accompagnement ? Nous voyons ici une autre raison de questionner la posture des Accompagnantes en HP.

C'est d'ailleurs de cette démarche réflexive qu'est né le dispositif de l'hématologie protégée, pour répondre à un problème/objectif immédiat de cohésion d'équipe. Il a été pensé

en termes d'acquisition de compétences spécifiques et plus précisément de prise de poste. Toutefois, le choix du canal écrit dans le dispositif, pour compléter le système de doublure sur le terrain, montre une préoccupation de partager de l'information plus que de la transmettre. L'Accompagnant.e ne détient plus à lui seul les informations et ouvre la possibilité, pour le pair nouvellement recruté, de s'autonomiser pour interagir sur le dispositif physique même.

L'appropriation d'un monde professionnel, l'autonomisation et affirmation de soi au sein du collectif semblent avoir été prises en compte. L'Accompagné.e a été pensé.e. mais qu'en est-il de l'Accompagnant.e. dans ses valeurs et ses conceptions ?

Nous souhaiterions ici exposer brièvement les travaux de Vivegnis (2019) pour légitimer notre questionnement et donner un aperçu du travail possible sur la posture des infirmières accompagnant leurs pairs nouvellement recrutés à la prise de poste.

3. Légitimité de la recherche

Vivegnis (2019) a réalisé une étude qualitative dans le champ de l'enseignement au Québec. La recherche s'inscrit dans le cadre de la professionnalisation des « jeunes » enseignants, nouvellement diplômés. Son étude cherche à illustrer le lien entre les principes de posture dans l'accompagnement et la conception des Accompagnant.e.s de leurs rôles dans l'élaboration de leur démarche.

Pour ce faire, elle pose le cadre conceptuel autour de l'accompagnement. Il est une relation centrée sur l'Accompagné.e et sa finalité est le cheminement lui-même. Le cheminement illustre en effet le développement de l'individu et il requiert une posture pensée de l'accompagnateur. Aussi singulière que soit la posture, au regard des individus et de leur situation, il paraît possible d'en dégager des invariants. Paul, Vial et Chalier & Biémar nous l'ont montré.

Elle pose alors comme prérequis la définition même de la posture. En s'appuyant sur Beauvais et Jorro, elle met la posture en lien avec les conceptions du rôle et les intentions des accompagnateurs (Vivegnis, 2019, p. 50). Elle s'appuie alors sur les « perspectives » déclinées par Pelligrini. La dénomination même n'est pas sans rappeler certains courants pédagogiques : « perspective humaniste », « apprentissage situé », « perspective constructiviste et critique », « perspective de problématisation des savoirs professionnels » (Vivegnis, 2019, p.51). Elle affirme que plusieurs rôles peuvent être endossés par les accompagnateurs. De ces rôles sont déclinées multitude de manières d'être et donc conceptions de manière d'être dans la relation d'accompagnement. Cela va de guide au coach,

du soutien au partage, du conseil au questionnement.

Au regard du cadre théorique, elle infère alors 4 postures principales « d'accompagnement dyadique » et les code :

A la première perspective proposée par l'auteure [Pelligrini], nous associons la posture de soutien (S). La deuxième perspective ouvre à deux postures distinctes, que nous nommons la posture de facilitation de l'agir enseignant (FA) et la posture de facilitation culturelle (FC). Les deux dernières perspectives qui se recoupaient ont été jumelées pour proposer une posture critique (C) » (Vivegnis, 2019, p.51.).

Il s'agit donc de postures plurielles qui « correspondent à des manières de s'acquitter de son rôle, manifestées par des façons d'être et de faire » (Vivegnis, 2019, p.50). En termes d'accompagnement les 4 postures sont elles-mêmes sous-développées en actions codées.

POSTURES	CARACTÉRISTIQUES DES POSTURES D'ACCOMPAGNEMENT	Codes
SOUTIEN	Écoute	S1a
	Ouverture ou intérêt porté(s) à l'autre	S1b
	Compréhension signifiée à l'autre	S1c
	Création d'interactions personnelles positives	S1d
	Support émotionnel	S1e
	Encouragement	S1f
	Aide à la connaissance de <i>soi</i> comme professionnel	S1g
FACILITATION DE L'AGIR ENSEIGNANT	Assistance relative à l'agir enseignant sur le plan pédagogique et/ou didactique	FA2a
	Reconnaissance des compétences professionnelles	FA2b
	Aide à l'acquisition de stratégies d'enseignement	FA2c
	Information sur les ressources disponibles pour <i>enseigner</i>	FA2d
FACILITATION CULTURELLE	Aide à la compréhension du contexte scolaire et/ou de la culture environnante	FC3a
	Information sur les ressources disponibles pour <i>fonctionner dans le milieu</i>	FC3b
	Référence et/ou explication des pratiques scolaires et/ou des politiques/orientations encadrant la profession	FC3c
	Incitation à collaborer avec d'autres professionnels de l'éducation	FC3d
CRITIQUE	Remise en question des connaissances, de la culture environnante, des structures, des pratiques enseignantes existantes	C4a
	Objectivation ou prise de distance par rapport à la pratique	C4b
	Mise à l'épreuve des savoirs théoriques (regard critique)	C4c
	Exploration et/ou analyse d'idées/approches nouvelles	C4d
	Encouragement à l'innovation et/ou à la créativité	C4e
	Encouragement à l'élaboration de liens entre théorie et pratique	C4f

Ce code permet à Vivegnis (2019) paradoxalement de décoder les entretiens semi-directifs menés auprès des accompagnateurs pour identifier leurs conceptions respectives et leurs démarches. Ce code permet également l'analyse de plusieurs passages vidéoscopés, relatant des entretiens entre accompagnateurs et Accompagné.e.s⁷.

Vivegnis confronte ensuite les résultats des entretiens semi-directifs aux analyses des entretiens entre accompagnateurs/Accompagné.e.s. Nous ne détaillerons pas les résultats sur les conceptions même des accompagnateurs. Elles sont en accord avec la littérature de l'accompagnement. Cela nous obligerait à re-convoquer le cadre théorique de l'accompagnement. L'intérêt réside dans le lien entre conception de la posture et démarche de terrain, que Vivegnis (2019, p.59) a pu mettre en évidence : « Les conceptions orientent ... les postures ». Mais il semble que seule la situation peut dire en revanche quels rôles sont mobilisés à quels moments, puisqu'ils sont une réponse en fonction du besoin. La chronologie indiffère mais la finalité reste l'autonomie du jeune professionnel. Ainsi :

Les postures n'existent donc pas de manière exclusive au sein de la pratique de l'accompagnateur. Elles peuvent s'alterner, s'imbriquer les unes aux autres et apparaître en interrelation, voire se compléter par moments. Cette constatation rappelle à quel point l'accompagnement est un processus dynamique et intimement interactionnel qui, au-delà de traduire certaines conceptions, suppose une inévitable adaptation à l'accompagné selon une temporalité plus immédiate (Clutterbuck, 2004 ; Paul, 2016). Vivegnis (2019, p.59)

Par inspiration, faire une recherche sur la posture de l'accompagnateur en soins infirmier, ce serait donc déjà porter un premier regard sur la qualité du dispositif. Car le dispositif est un accompagnement et l'accompagnement se fait par le dispositif. Le dispositif est technique (10 fiches reflexes) mais l'accompagnement par sa finalité d'intégration, vise le sens de l'individu dans le collectif. Or « c'est en cernant la part de soi dans un processus initialement prévu pour l'autre que les accompagnateurs pourront aider les débutants à devenir autonomes, ... » (Vivegnis, 2019, p.60). Si les intentions sont là, dans le dispositif

⁷ Soit 3 entretiens de 60 minutes sur une année pédagogique par groupe accompagnateur / Accompagné.e..

d'accompagnement des jeunes recrutés en soins infirmiers en HP, quelles réflexions et conceptions sous-tendent-elles ?

Au-delà de nos préoccupations de questionner des valeurs, représentations et conceptions, peut-être serons-nous amenée à interroger la compétence et la professionnalisation des accompagnateurs. En effet, cette interrogation s'était manifestée à la lecture de Vial (2007) et Lhez et al. (2001). Elle a été ravivée par la conférence tenue par Piot (2021) à l'Université Jean Jaurès, Toulouse. Elle se voit confortée par la convocation de notre cadre contextuel ici et maintenant. En effet, la formation initiale montre que l'on peut être soignant et accompagnateur. Le tutorat en est un exemple. Mais son manque d'uniformité sur les terrains montre que la communauté professionnelle réclame la professionnalisation du tutorat. Or, il nous paraissait légitime de questionner le tutorat, forme d'accompagnement des futurs pairs pour cerner l'accompagnement des pairs. Si ce dernier ne peut pas être identique à celui des E.S.I, il en est une déclinaison si l'on considère la compétence du former autrui.

A ce sujet Paul (2020) dit:

La fonction diffère du métier. Ainsi la fonction d'accompagnement, au sein des institutions, s'en trouve-t-elle attribuée à des professionnels dont le métier est d'être enseignant ou formateur, soignant ou éducateur, consultant ou conseiller – et qui, jusqu'il y a peu de temps, ont dû attester d'une compétence à accompagner sans y avoir été préparés par une formation. Dans bien des cas, la fonction d'accompagnement est donc attribuée sur la base de compétences reconnues qui assoient la légitimité du professionnel sans pour autant garantir les compétences propres à l'accompagnement. Or, ce qui est en jeu est un changement de posture: leur formation les a préparés à exercer une posture d'expertise alors que l'accompagnement les sollicite dans une posture de facilitateur. (Paul, 2020, p.76)

L'expertise est un critère dans le monde hospitalier. Elle est source de sécurité. Elle ne peut toutefois pas constituer à elle seule le fondement de l'accompagnement.

Ainsi nous proposons de reformuler notre question de départ en question de recherche : **en quoi le dispositif d'accompagnement des pairs infirmiers en hématologie protégée joue-t-il son rôle dans la conception et posture accompagnantes des infirmières conceptrices de ce même dispositif ?**

Nous gageons ici que l'engagement des accompagnatrices, par la forme du dispositif est présent, mais qu'il n'a pas été formalisé en amont de la construction du dispositif. Il est né spontanément d'un besoin de réponse à une crise. Ce que nous voulons explorer, c'est la manière dont s'exprime l'engagement et montrer que le dispositif d'accompagnement lui-même en a amorcé la formalisation.

Les enjeux de posture nous ont invitées à délaisser l'aspect institutionnel de recrutement voire même de cohésion. Nous avons pris conscience des enjeux que représente l'accompagnement dans notre société moderne. En conséquence, nous préférons nous détacher d'un potentiel engagement, le temps de la recherche. Nous savons cependant l'institution garante d'une certaine légitimité et sécurité. Nous partons du principe que s'inscrire dans l'institution, c'est pouvoir s'en détacher mieux par la suite. En effet, l'être est une personne douée d'autonomie, capable d'intégrer « l'institué », pour le mettre au service de l'individu accompagnant et accompagné. Toutefois nous resterons vigilants, de sorte que cette recherche sur la posture d'accompagnement ne légitime aucun conformisme institutionnel, qu'il soit universitaire ou hospitalier.

Synthèse

Le dispositif d'accompagnement en hématologie protégée semble répondre aux attributs du concept de dispositif et à certaines caractéristiques fondamentales de l'accompagnement. Il se veut centré sur l'Accompagné.e. et la relation. A l'origine du dispositif, il y a une démarche réflexive. Il présente une finalité d'intégration et d'autonomisation. Toutefois ce dispositif en soins infirmiers n'est pas totalement abouti si l'on considère les entretiens, entre accompagnateurs et Accompagné.e.s.

Sachant que les acteurs font le dispositif et que le climat éthique en garantit la relation éducative pour en faire un accompagnement digne de ce nom, nous orientons notre travail sur la posture. Mais nous ne questionnerons pas celle des nouvelles recrues, au risque de les stigmatiser dans leur prise de poste. Nous préférons questionner ce qui anime les conceptrices et accompagnatrices du dispositif, pour mieux comprendre leur posture et visualiser comment elle se décline en termes de démarche. En effet, pour mettre l'Accompagné.e. au cœur des considérations, il y a eu une démarche réflexive des Accompagnantes. Consciemment ou pas, leurs valeurs, représentations et conceptions de leur fonction ont-elles été mises au travail ?

Il s'agit dans un premier temps de faire émerger leur conception de l'accompagnement. Nous pourrions alors peut-être montrer que la création du dispositif a permis une mise au travail de l'accompagnatrice et dans quelle mesure. En parallèle, il s'agirait d'observer la démarche associée sur le terrain. Nous savons que la mise au travail participe de la posture selon Vivegnis (2019). Le lien pourrait confirmer que le dispositif est qualitativement accompagnant, même s'il n'est pas abouti en tant qu'outil.

Notre objet de recherche permettrait d'interroger la compétence d'accompagnement des infirmiers. Les institutions en font des Accompagnant.e.s « naturel.elle.s » en termes de formation. Toutefois, ils sont d'abord soignants et la préoccupation principale reste le patient. Dans le cadre de la professionnalisation des accompagnateurs, pourrait-on imaginer un dispositif pour accompagner l'accompagnement en soins infirmiers ? La professionnalisation de l'Accompagnant.e en soins infirmiers est déjà questionnée au regard des tuteurs. Le débat étant lancé et il est un tremplin. Si tel devait être le cas, analyser la posture de l'accompagnateur à la prise de poste en soins infirmiers en amont, constituerait une base de données intéressante pour faire le lien entre terrain et recherche.

Dans le prochain chapitre, nous proposerons une méthodologie capable de servir notre question de recherche en amenant des éléments de discussion.

Chapitre 5 - Méthodologie du recueil de données et d'analyse

En sciences humaines et sociales, les recherches sont orientées sur l'observation comportementale et vise la compréhension des phénomènes observés, parfois en vue de réajuster. C'est pourquoi, elles ont un caractère tout à la fois descriptif et analytique sans volonté systématique de modélisation ou généralisation. Compte tenu de la variable humaine, l'expertise est déterminante dans la pertinence, fiabilité et validité méthodologique. Toutefois, il s'agit de mettre le pied à l'étrier. C'est donc sur la base de notre expérience professionnelle infirmière, sous l'œil aguerris des institués universitaire et hospitalier, et en misant sur rigueur et vigilance que nous développerons dans ce chapitre, une méthodologie pour spécifier la posture accompagnante des infirmières conceptrices du dispositif d'accompagnement à la prise de poste en HP.

Au regard de notre question de recherche, nous avons réalisé, à l'image de Vivégnis (2019), des entretiens semi-directifs auprès de différents groupes d'infirmières. Ils ont eu pour objet de recueillir des données sur la posture accompagnante en soins infirmiers et sa conception en HP. Les choix méthodologiques présentés ci-après ont donc qualitativement et quantitativement servi le recueil de données mais également l'analyse ultérieure pour comprendre si le dispositif d'accompagnement est à l'origine d'une prise de conscience de la posture.

Ainsi, dans un premier temps, nous définirons le *désign* de la recherche en déclinant les objectifs et les groupes d'étude. Ensuite, nous proposerons un guide d'entretien qui explicitera notre démarche de terrain dans un climat éthique et les questions qui soutiendront les entretiens semi-directifs. Enfin, nous élaborerons, au regard des apports théoriques précédents une grille de lecture permettant d'anticiper l'analyse et d'assurer la cohérence de la recherche.

1. Définition de l'étude

1.1. Objectifs et hypothèses de recherche

Notre **postulat** de départ est porté par la publication de certains résultats de la recherche de Vivegnis (2019) et se formule ainsi : la démarche d'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers est intimement liée à la conception de la posture d'Accompagnant.e.

Nous y associons l'**hypothèse** suivante: la création du dispositif d'accompagnement en HP a permis la prise de conscience de la posture particulière de l'accompagnement des nouvelles recrues. Ainsi, le dispositif a-t-il permis de formaliser conception de l'accompagnement et également permis d'y associer la démarche ?

L'objectif étant d'évaluer l'impact du dispositif, il s'agira donc de :

- ⇒ Faire émerger la conception de la posture accompagnante infirmière dans l'intégration des pairs
- ⇒ Faire émerger la démarche d'accompagnement des infirmières conceptrices d'un dispositif d'accompagnement des nouvelles recrues à la prise de poste en soins infirmiers

Pour ce faire, nous proposons des **sous objectifs** afin de baliser les items de la grille de recueil de données et d'orienter les questions des entretiens semi-directifs. Nous projetons donc de :

- ⇒ Caractériser la conception de la relation dans l'accompagnement chez les infirmières conceptrices accompagnantes
- ⇒ Caractériser la conception des pratiques professionnelles et la démarche associée
- ⇒ Révéler les objectifs d'autonomie dans la conception et la démarche d'accompagnement ; révéler les notions et ou concepts rattachés à l'autonomie
- ⇒ Spécifier les rôles mais aussi les qualités, attitudes et techniques nécessaires à la démarche d'accompagnement

Il s'agit donc à présent, dans un double mouvement, de présenter une stratégie globale de recueil de données et d'en définir les modalités et les outils adaptés.

1.2. Protocole d'enquête et définition du public cible

Dans la mesure où nous interrogeons la corrélation entre l'élaboration du dispositif d'accompagnement et la posture des infirmières-conceptrices en HP, nous avons choisi de procéder selon un protocole dit « transversal » (Moscovici, 2003). En effet, ce dernier appartient aux « protocoles d'enquête analytique [qui] sont établis pour explorer les relations possibles entre différentes variables. Comme ce type de protocole analyse des hypothèses précises, il sert beaucoup plus à trouver des associations entre les variables et des explications de leur occurrence » (Moscovici, 2013, p.44).

Nous n'avons pas la prétention, en tant qu'apprentie-chercheuse, de répondre à l'envergure de ce type de protocole. Cependant nous nous en sommes inspirés pour sa rigueur et validité scientifique.

Ainsi, nous avons créé un groupe d'étude et un groupe témoin pour croiser les données et potentiellement majorer la validité de la recherche en projetant plusieurs perspectives d'analyse :

- ⇒ Comparer les verbatim des infirmières conceptrices accompagnantes aux infirmières n'ayant pas participé à la création du dispositif d'accompagnement
- ⇒ Comparer les verbatim des Accompagnées : celles ayant bénéficié du dispositif d'accompagnement et celles ayant été accompagnées plus traditionnellement
- ⇒ Mettre en relation respectivement les discours et vécus des Accompagnantes et ceux des Accompagnées à la prise de poste à l'intérieur d'un même groupe
- ⇒ Repérer similitudes et différences pour comprendre, dans quelle mesure le dispositif joue son rôle et définir l'impact potentiel du dispositif.

Le groupe d'étude se compose de 4 infirmières. Elles ont sous la supervision institutionnelle et avec la collaboration de l'encadrement élaboré le dispositif d'accompagnement. Elles ont accueilli au cours de janvier-février 2022, 2 nouvelles recrues, qu'elles ont accompagnées à la prise de poste. Ces infirmières nouvellement recrutées constituent le groupe d'étude des Accompagnées.

Le groupe témoin se compose de 4 infirmières. Elles accompagnent régulièrement des nouvelles recrues mais n'ont pas participé à l'élaboration du dispositif d'accompagnement à la prise de poste. En miroir du groupe d'étude, ce groupe témoin est également composé de 2 infirmières ayant été intégrées à l'équipe, il y a plus de 24 mois, sans avoir bénéficié du dispositif d'accompagnement.

Nous pouvons déjà remarquer quelques limites liées à l'échantillonnage. Il est restreint et non aléatoire car conditionné par la précision de l'objet de recherche et l'effectif de la population de base, à savoir une équipe infirmière composée de 32 agents, dont 12 soit près de 1/3 sera pris en considération dans cette recherche. Il a également été conditionné par les réalités temporelles et physiques de recrutement du terrain (session de recrutement, nombre de recrutées, plannings, avancement dans la création du dispositif). Il nous semble en revanche que le public cible est représentatif

Le profil de notre recherche ayant été esquissé, nous proposons d'explicitier notre démarche d'enquête.

2. Guide des entretiens semi-directifs

Nous avons mené 12 entretiens semi-directifs. 8 d'entre eux étaient destinés aux infirmières, soit conceptrices du dispositif, soit participant plus traditionnellement de la formation des pairs. Les 4 autres visaient à recueillir le discours des nouvelles recrues sur le vécu de l'accompagnement par ou sans le dispositif.

2.1. Démarche

La prise de rendez-vous s'est faite oralement. Elle est en effet biaisée par l'activité infirmière commune avec les interviewées : notre lieu de stage reste notre lieu d'activité professionnelle. Toutefois le rendez-vous a été formalisé par mail après recueil du consentement initial respectif des interviewées. Au moment de cette prise de rendez-vous, nous avons en effet envoyé un questionnaire⁸ pour formaliser la relation enquêteur-enquêtées et réaffirmer notre posture d'apprentie-chercheuse.

S'il a permis certes de baliser la prise de contact pour l'entretien semi-directif, ce questionnaire regroupe en outre des éléments caractéristiques de chacune des interviewées. Le questionnaire a ensuite fait l'objet « d'une fiche identité » anonymisée avec des variables démographiques contextualisantes sur l'histoire professionnelle personnelle. Ils ont ainsi optimisé la temporalité de l'entretien et la qualité des informations recueillies en mobilisant le moins possible des professionnelles déjà très engagées dans l'humain.

La temporalité de l'entretien a été balisée sur une journée d'activité professionnelle de l'interviewée (sauf demande contraire), en amont ou en aval de l'activité. La participation à la recherche représente déjà un engagement, nous avons agi à leur convenance.

Nous avons proposé le service de soins HP comme **espace de rencontre** : une des salles de réunion avec une pancarte, indiquant un travail en cours, a favorisé le contexte de recherche.

L'**amorçage** de l'entretien a été pensée de la manière suivante :

« Bonjour et merci à toi de me donner l'opportunité de progresser dans mon travail de recherche. Tu sais que j'ai été financée par l'hôpital pour intégrer un master 2 Sciences de l'Education, filière PROFA, et que je vais à l'université Toulouse Jean Jaurès une semaine par mois. Dans le cadre universitaire je suis amenée à faire de la recherche et mon sujet porte sur le dispositif mis en place en hématologie protégée par 5 membres de l'équipe infirmière

⁸ Cf. annexe 1

pour accompagner les nouvelles recrues à la prise de poste. J'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs comme celui d'aujourd'hui auprès de 4 membres.

Au cours de ce travail, l'anonymat et la confidentialité sont assurés. En effet, à cet instant je ne suis plus infirmière. Je ne suis ni dans l'évaluation ni dans le jugement. Je souhaite simplement recueillir des informations qui seront source de connaissances dans le cadre de l'accompagnement des nouvelles recrues à la prise de poste en soins infirmiers.

C'est en ta qualité d'infirmière-accompagnante et co-conceptrice de ce dispositif d'accompagnement ...

C'est en ta qualité d'infirmière participant à la démarche d'accompagnement...
(Alternative destinée aux infirmières non-conceptrice du dispositif)

C'est en ta qualité d'infirmière récemment intégrée à l'équipe
(Alternative destinée aux infirmières nouvellement recrutées : janvier- février 2022)

C'est en ta qualité d'infirmière intégrée il y a plus d'un an...
(Alternative destinée aux infirmières recrutées avant la mise en œuvre du dispositif)

...que je t'ai proposé cet entretien. Mon objectif est de comprendre comment s'articule la conception de la posture accompagnante et la démarche de terrain et de voir quel rôle le dispositif a joué.

Si tu es d'accord, j'aimerais enregistrer notre entretien. La bande son me permettra de rester fidèle à tes propos lors de la retranscription anonyme et elle sera supprimée en suivant. Tu es toujours d'accord pour participer ? Sache qu'à tout instant tu es libre de ne pas répondre, de suspendre l'entretien ou d'y mettre fin.»

2.2. Questions et relances aux infirmières accompagnantes

4 entretiens ont été réalisés auprès des infirmières conceptrices du dispositif d'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers en HP.

4 autres entretiens ont été réalisés auprès d'infirmières de « proximité » qui accompagnent à la prise de poste, comme le prévoit le code de déontologie et la fonction universitaire hospitalière, sans avoir cependant participé à la création du dispositif et sans avoir la fonction de référente dans l'accueil et l'intégration et la formation des pairs.

Thématique 1 : la conception de la posture accompagnante en soins infirmiers

Ordre des questions	Questions et possibles relances	Justification
Q1	Que signifie pour toi <i>accompagner</i> les pairs sur le plan professionnel ?	Découvrir les représentations sur l'accompagnement en amont de la démarche
Q 2	Qu'est ce qui a motivé ce positionnement professionnel d'accompagner les pairs ?	Comprendre l'engagement et pouvoir l'associer aux données sur les représentations de l'accompagnement.
Q 3	Comment définis-tu ton rôle d'Accompagnante à la prise de poste en soins infirmiers ?	Spécifier les représentations professionnelles de la posture accompagnante.
Q4	Comment envisages-tu la relation dans l'accompagnement à la prise de poste en soins IDE ?	Spécifier les représentations de soi et l'altérité professionnelle dans la relation d'accompagnement
Q 5	Quelles qualités, attitudes te semblent requises pour accompagner une nouvelle recrue ?	Faire émerger les principes éthiques et/ou compétences du savoir-être dans la démarche d'accompagnement des pairs est conçue.
Q6	Quelles qualités et attitudes essentielles doit posséder une nouvelles recrue ?	Spécifier les représentations de l'altérité professionnelle. Interroger l'identification de la singularité dans le collectif.

Thématique 2 : la démarche d'accompagnement sur le terrain

Ordre des questions	Questions et possibles relances	Justification
Q 7	<p>Quels sont tes objectifs quand tu accompagnes une nouvelle recrue à la prise de poste ?</p> <p>⇒ Si le mot <i>compétence</i> apparaît : faire qualifier, illustrer dans la pratique IDE en oncohématologie.</p> <p>⇒ Si le mot <i>autonomie</i> ou synonyme est mentionné, demander ce qui est entendu par ce terme pour une IDE en oncohématologie</p>	<p>Caractériser les intentions qui sous-tendent l'accompagnement et interroger le rôle d'ancrage des compétences et le rôle autonomisant de l'Accompagnant.e par le dispositif</p>
Q 8	<p>Comment procèdes-tu en général pour accompagner une nouvelle recrue?</p> <p>⇒ Possible aide à la compréhension de la question : Par chronologie, thématique, objectif, ou un autre paramètre intervient-il?</p>	<p>Qualifier la démarche d'accompagnement sur le terrain et la comparer aux représentations et intentions.</p>
Q 9	<p>Procèdes-tu toujours de la sorte ? Pourquoi ?</p>	<p>Documenter la complexité de la variable humaine // mettre en lumière l'engagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation à l'autre : Adaptabilité, négociation - Relation à soi : remise en question
Q 10	<p>Quelles techniques ou compétences sont nécessaires pour accompagner les nouvelles recrues ?</p>	<p>Repérer la conception de la démarche dans l'ancrage des compétences IDE. Confirmer le lien entre conception de posture et posture.</p>
Q 11	<p>Peux-tu me raconter ta journée la dernière fois que tu as accompagné une nouvelle recrue ?</p>	<p>Illustrer et confirmer les éléments précédents, voire préciser et compléter. Permettre de mobiliser la mémoire du <i>faire</i> comme source de connaissance.</p>

Thématique 3 : Facteurs influençant émergence de la conception de la posture d'accompagnement et la posture elle-même. Le rôle du dispositif.

Ordre des questions	Questions et possibles relances	Justification
Q 12	<p>Comment s'est construite ta posture d'Accompagnante en soins infirmiers ?</p> <p>⇒ A-t-elle toujours été si clairement balisée ?</p> <p>⇒ Quelles évolutions ou changements se sont opérés ?</p> <p>⇒ Depuis quand ?</p>	<p>Identifier l'origine de la posture accompagnante en soins infirmiers et potentiellement vérifier l'hypothèse du dispositif.</p>
Q 13	<p>Qu'est ce qui te permet de verbaliser à ce jour ta conception de l'accompagnement en soins infirmiers ?</p>	<p>Identifier la prise de conscience de la posture en lien avec la conception et mettre en évidence le dispositif comme déclencheur de la prise de conscience</p>

Document 4 – Grille des questions destinées aux infirmières accompagnantes

2.3. Questions et relances aux nouvelles recrues

L'objectif était de recueillir la conception et le vécu de l'accompagnement dans le discours des nouvelles recrues (NR) selon que l'accompagnement a été réalisé par les infirmières conceptrices ou avec une infirmière n'ayant pas participé à la création du dispositif.

- 2 entretiens ont été proposés aux NR de l'année 2022 car elles ont pu bénéficier de l'accompagnement tel que pensé par le dispositif en HP.
- 2 autres entretiens auprès d'infirmières intégrées à l'équipe début 2021, qui n'ont pas bénéficié du dispositif mais d'un accompagnement traditionnel, axée sur la transmission orale, sans interface privilégiée de communication pour l'intégration.

Thématique 1 : conception de l'accompagnement, des rôles de l'Accompagnant.e et de la relation dans l'accompagnement

Ordre des questions	Questions et possibles relances	Justification par objectifs à atteindre
Q1	Que signifie pour toi <i>accompagner les pairs</i> sur le plan professionnel ?	Sonder les représentations, croyances et valeurs des accompagnées sur le plan relationnel.
Q2	Que signifie d'être accompagnée par des pairs à la prise de poste ?	Identifier les attendus sur l'accompagnement à la prise de poste.
Q3	D'après toi, quels sont les objectifs d'un accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers ? ⇒ Reformuler pour illustrer les objectifs par des actions ⇒ Relancer pour faire exemplifier par des activités relatives à l'HP	Définir la conception des différents rôles joués par les Accompagnant.e.s et les objectifs visés par le dispositif d'accompagnement. Spécifier les objectifs.
Q4	Comment envisages-tu la relation dans l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers ?	Spécifier les représentations de l'altérité professionnelle.
Q5	Quelles qualités et attitudes te semblent essentielles pour être accompagnée à la prise de poste ?	Sonder les représentations du savoir-être accompagnant

Thématique 2 : vécu de la démarche d'accompagnement et degré d'adéquation avec la conception dans le discours de NR

Ordre des questions	Questions et possibles relances	Justification
Q 6	<p>Peux-tu me décrire globalement comment s'est déroulé ton accompagnement à la prise de poste</p> <p>Possible aide à la verbalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Quand ? combien de temps ? Type d'apports ? ⇒ Tu peux me raconter une journée type de ton accompagnement à la prise de poste : organisation, apports 	<p>Faire émerger le vécu de la démarche d'accompagnement pour le confronter aux représentations : cibler une journée type de l'accompagnement et spécifier <i>modus operandi</i> de l'Accompagnant.e à travers le discours de la NR</p>
Q 7	<p>Avais-tu des attentes et des besoins avant d'être accompagnée à la prise de poste ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Relancer sur les objectifs personnels si besoin ⇒ Si mot <i>compétence</i> apparaît, relancer : faire qualifier, illustrer dans la pratique IDE en oncohématologie ⇒ Si le mot <i>autonomie</i> ou synonyme est mentionné, demander ce qui est entendu par ce terme pour une infirmière en oncohématologie 	<p>Situer l'accompagnée dans le dispositif d'accompagnement en HP et en regard du parcours professionnel.</p> <p>Evaluer la possibilité d'adéquation entre le dispositif d'accompagnement pensé en amont de la demande et la demande elle-même.</p>
Q 8	<p>Que t'as apporté l'accompagnement à ta prise de poste ?</p>	<p>Caractériser les résultats de l'accompagnement, tels que vécus par l'accompagnée.</p>
Q 9	<p>Estimes-tu que cela correspondait à tes attentes, besoins et objectifs ?</p> <p>⇒ Relance : Attendais-tu autre chose de cet accompagnement à la prise de poste ?</p>	<p>Comparer degré d'adéquation entre attendus et résultats tels qu'ils sont vécus par l'Accompagné. Interroger la prise en compte de la singularité de l'accompagnée dans le collectif. Investiguer les possibles demandes non formulées.</p>

Thématique 3 : Caractériser l'impact du dispositif dans la professionnalisation des accompagnées

Q10	Que signifie pour toi à ce jour être infirmière en HP ?	Perception du soi professionnel dans le collectif
Q11	Si tu devais me raconter un seul événement de ton accompagnement, quel serait-il ?	Evaluer l'empreinte laissée par le dispositif d'accompagnement. Spécifier le ressenti de l'accompagnée.
Q12	Je te laisse repenser à ton accompagnement à la prise de poste (laisser 1 minute) ; peux-tu spontanément me donner 3 mots qui te viennent à l'esprit.	Saisir la perception du dispositif d'accompagnement à posteriori et potentiellement le degré de satisfaction.

Document 5 - Grille des questions destinées aux nouvelles recrues

En guise de réouverture de l'espace dialogique et pour annoncer **la fin de l'entretien** en douceur, nous nous sommes positionnées ainsi : « *Pour ma part, je n'ai plus de question. Mais y-a-t-il une question que tu aurais souhaité que je te pose ? Si oui laquelle ?* ».

Cette avant-dernière étape nous a permis de clôturer l'entretien par : « *Gratitude pour m'avoir accordé ta confiance. Avant de nous quitter, je souhaiterais savoir comment tu as vécu cet entretien.* » Ainsi, l'interviewée ne devait plus se sentir sous la loupe de la recherche mais évoquer son ressenti sur notre posture, susceptible d'être réajustée au cours des entretiens suivants.

3. Outils méthodologiques

Au regard du cadre théorique, trois thématiques fondamentales de référence sont retenues pour le recueil de données et l'analyse de l'accompagnement des nouvelles recrues par les infirmières conceptrices en HP : le rôle relationnel, le rôle facilitant « l'agir professionnel », et le rôle autonomisant parce qu'ils nous semblent rendre compte de la pratique infirmière ancrée dans le « faire ». Toutefois, il ne s'agit pas de réduire la pratique infirmière à une pratique exécutante.

Ces trois thématiques restent insuffisantes. Il est nécessaire ici de caractériser chacune

des thématiques. En effet, pour analyser de façon fiable et pertinente et organiser les données enregistrées selon ces mêmes critères, nous avons besoin d'une grille d'items de référence, illustrant chacun des rôles posturaux.

Selon Jorro, « la posture professionnelle en tant qu'«expression primordiale» est mise en œuvre à travers des actes... » (Jorro, 2016, p.5). Si Jorro associe le geste professionnel à la posture comme « une unité d'analyse de l'agir professionnel qui introduit l'idée d'un mouvement du corps, adressé et donc orienté vers autrui tout autant que vers soi », il nous semble que ce concept reste abstrait pour spécifier la posture accompagnante de l'infirmière. Pour rester au plus proche de l'activité de terrain des infirmières accompagnantes, nous privilégierons à l'image de Charlier & Biémar (2012, pp.161-166) et Vivegnis (2019, p.51) une déclinaison d'actions sous forme de verbe pour les premières ou substantifs pour la seconde, afin de caractériser la posture accompagnante infirmière. Nous reprendrons certains de leurs items de façon littérale mais parfois nous les ajusterons avec notre connaissance de la pratique infirmière et de sa pratique accompagnante.

Nous proposons de visualiser notre grille de référence avec un code couleur permettant de distinguer ce qui est prélevé littéralement chez les auteurs, de ce qui est adapté à notre terrain de recherche ou de notre propre cru. Les idées de Paul sont caractérisées par le violet, celles de Charlier & Biémar signalées en bleu, et les apports de Vivegnis sont notifiés en vert.

Rôle postural	Actions	Indicateurs
<p>1. Rôle relationnel pour diminuer l'asymétrie de relation en co-construisant la demande à l'intérieur du dispositif.</p>	<p>Se questionner</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les représentations professionnelles du métier infirmier ; les représentations de l'altérité ; définir sa motivation professionnelle - Identifier ses représentations professionnelles de la relation d'accompagnement / son rôle d'accompagnateur / ses intentions - Définir sa motivation à accompagner - Enoncer les valeurs rattachées - Identifier ses ressources et obstacles à l'accompagnement - Dire ses émotions
<p>Ce rôle relève à la fois de la relation et de la contractualisation chez Paul (2020). Chez Charlier & Biémar (2012), il relève « de la boucle de la relation » et de celle de la « négociation ».</p>	<p>Développer la relation à l'autre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir : se présenter en tant qu'accompagnateur, présenter le pair à l'équipe et au patient ; le laisser se présenter pour amorcer sa place - Faire un diagnostic : repérer les besoins et objectifs de l'Accompagné.e - Ajuster le dispositif à l'Accompagné selon: <ul style="list-style-type: none"> • le parcours initial de stage et/ou professionnel de l'Accompagné.e • les connaissances théoriques de l'accompagné • les représentations sur l'hématologie de l'Accompagné.e - Définir un projet commun d'accompagnement : négocier un cheminement en fonction : <ul style="list-style-type: none"> • Des objectifs professionnels mais singuliers de l'Accompagné.e (cf. besoins / attentes / demandes) • Des objectifs du dispositif comprendre, s'intégrer et s'autonomiser durablement • De l'Accompagnant.e (ses compétences, représentations et valeurs)
	<p>Favoriser le contexte relationnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une attitude de présence, d'ouverture, disponibilité, d'attention - Pratiquer une écoute active par les qualités : d'authenticité, de congruence, de respect et bienveillance (cf. C. Rogers) - Pratiquer écoute active par usage des techniques de répétition, relance, reformulation, questionnement - Répondre aux questions pour sécuriser et rassurer - Assurer un espace de dialogue : reconnaître les compétences de l'Accompagné.e en suscitant le questionnement chez l'Accompagné.e et accueillir le questionnement

Rôle postural	Actions	Indicateurs
<p>2. Rôle facilitant agir professionnel. Il permet certes un ancrage des compétences infirmières en oncohématologie, mais il semble orienter les pratiques vers un équilibre entre pairs et garantir le partage de pouvoir. Ce rôle correspondrait à la « boucle de la concrétisation » chez Charlier et Biémar (2012, p.32 ; pp.163-165).</p>	<p>Apporter des éléments par le partage de connaissances, savoir-faire et outils</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les parcours de soins ou chronologie de prise en charge des patients au regard de la déclinaison des pathologies cancéreuses - Présenter des situations de soins prévalentes - Favoriser l'appropriation des pathologies (utiliser les power point explicatifs, donner une sitographie utile) - Présenter les invariants de la pratique infirmière en hématologie autour de la sécurité du patient (cf. les thèmes des fiches techniques) - Susciter la création de liens de compréhension dans la pratique infirmière : <ul style="list-style-type: none"> • Montrer et expliciter ce que l'on fait • Laisser faire en demandant d'expliciter - Outiller pour apport d'éléments de connaissance (logiciel ENNOV, livret des urgences en hématologie) - Outiller pour permettre l'agir immédiat : <ul style="list-style-type: none"> • Montrer les logiciels utiles : Trakcare, ERP, M2PI, PSH... • Faire manipuler lesdits logiciels
	<p>Favoriser une stratégie dans l'opérationnalisation des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aider à organiser / prioriser les soins pour 6 patients selon les connaissances des spécificités hématologiques - Aider à réajuster la planification et expliciter - Aider à décoder un plan administration de chimiothérapie - Aider à appliquer un protocole d'administration de chimiothérapie - Montrer l'assistance au médecin dans les soins spécifiques : myélogramme, ponction lombaire
	<p>Sécuriser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aider à administrer les chimiothérapies, transfusions et anti-infectieux - Aider à utiliser les stupéfiants, hors GHS⁹ - Faire manipuler les DIVLD¹⁰ : port-à-cath, cathéter centraux, cathéter de Hickmann - Aider à gérer les situations d'urgence comme le choc septique ou la détresse respiratoire - Faire tracer les soins sur différents supports - Laisser faire des transmissions orales en relève - Faire assurer l'entrée, la sortie d'un patient selon besoins et usage du service

⁹ Groupement Homogène de Soins

¹⁰ Dispositif Intra-Veineux de longue Durée

Rôle postural	Actions	Indicateurs
<p>Rôle facilitant agir professionnel</p>	<p>Être capable de s'adapter à l'Accompagné par l'écoute stratégique (accueil des possibles en fonction du réel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire varier les rôles joués en tant qu'Accompagnant.e : <i>conseiller formateur expert soutien ...</i> - Réguler le projet d'accompagnement selon son évolution : visualiser le chemin parcouru et le partager - Ré-interroger sa pratique d'Accompagnant.e : demander un retour sur l'accompagnement proposé (cf. le « positionnement » chez Charlier et Biémar, 2012 , p.162) - Valoriser l'Accompagné.e en tant que sujet-acteur

Rôle postural	Actions	Indicateurs
<p>3. Rôle autonomisant</p> <p>Favoriser la construction du soi professionnel dans le collectif</p> <p>(par l'écoute analytique et pragmatique)</p>	Intégrer par acculturation	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter l'organisation du service dans l'espace et le temps mais aussi énoncer les habitudes de la vie d'équipe - Permettre l'appropriation de la culture professionnelle hospitalière et onco-hématologique en réactivant les valeurs de solidarité bienveillance - Aider à comprendre le fonctionnement de l'institution et du service : <ul style="list-style-type: none"> • Différencier services et organismes satellites de l'activité • Aider à identifier les acteurs • Montrer comment se mettre en lien avec les acteurs (numéros utiles, logiciel TK...) • Reconnaître les logiciels utiles, les manipuler • Manipuler appareils et outils de la pratique infirmière (Hemocue, charriot urgence...)
	Valoriser l'accompagné en tant que sujet auteur	<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre à : <ul style="list-style-type: none"> • demander de l'aide • anticiper les risques liés à la maladie, aux traitements, à leurs effets secondaires - Réactiver la compétence à s'inscrire dans la pluridisciplinarité, pour trouver des ressources dans l'équipe et dans le binôme aide-soignant/infirmier - Aider à la prise de décision - Encourager à prendre initiative en incitant à expliquer <i>pourquoi et comment</i> mais sécuriser / rassurer
	Donner du sens à l'agir professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Réactiver la posture réflexive amorcée en formation initiale au regard des soins onco-hématologiques : <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la prise de hauteur en situation de soins par effet miroir • Créer des temps de feedback / susciter la verbalisation à posteriori sur des situations interpellantes - Pratiquer l'écoute analytique et/ou empathique : favoriser la réflexion sur soi, son rapport au travail, rapport à l'autre (patient/collègue), le rapport aux situations de travail - Encourager les signes de distanciation ou décentration

Document 6 – Grille des rôles et indicateurs de l'accompagnement en soins infirmiers

Légende : Paul, Charlier et Biémar, Vivegnis

Certes la posture accompagnante a été décortiquée pour articuler des variables observables et les utiliser comme indicateurs qualitatifs. Toutefois, nous réalisons que cette démarche peut paraître superficielle compte tenu de l'enjeu humain, variable complexe. Mais nous avons conscience que cela est nécessaire pour la teneur scientifique des apports en sciences humaines sociale et éducative. Cette démarche comporte le risque même dévoyé par Agamben et énoncé plus haut de standardiser les comportements professionnels, par le fait même de vouloir les spécifier et les catégoriser. Mais pourrait-il en être autrement si l'on aspire à professionnaliser l'accompagnement en soins infirmiers et le sortir des considérations littéraires, nécessaires à sa conceptualisation ? Ainsi nous gardons à l'esprit ce risque et rappelons que : « Les postures n'existent donc pas de manière exclusive au sein de la pratique de l'accompagnateur. Elles peuvent s'alterner, s'imbriquer les unes aux autres et apparaître en interrelation, voire se compléter par moments. » (Vivegnis, 2019, p.59)

A l'issu des recueils de données, nous avons classé et ordonné les verbatim selon la méthodologie de Laurence Bardin (2013). C'est de la confrontation des différents verbatim, ceux des infirmières conceptrices du dispositif, ceux des infirmières participant à la démarche d'accompagnement de par leur fonction (sans engagement « formalisé »), ceux des nouvelles recrues selon leur période d'accompagnement, que nous avons fait émerger des éléments de réponse à la question de recherche sur la posture d'accompagnement en soins infirmiers.

Synthèse

A l'issue de ce chapitre nous espérons avoir répondu aux objectifs de matériels et méthode d'une enquête en sciences humaines.

Notre méthodologie de recueil de données est soutenue par des entretiens semi-directifs. C'est une démarche de questionnement par thématiques conçues en regard de notre question de recherche et des éclairages littéraires. Par ailleurs les questions ont été adaptées selon les interlocuteurs ciblés (Accompagnantes versus Accompagnées).

Une grille d'analyse minutieuse mais non exhaustive fait concourir la posture accompagnante avec l'objectif prise de poste en soins infirmiers onco-hématologiques. Ainsi 3 postures, 10 actions majeures et des indicateurs comportementaux observables d'accompagnement ont émergé et font l'objet d'un tableau permettant de visualiser les ancrages conceptuels chez Paul, Charlier & Biémar et Vivégnis.

Ce chapitre nous a donc permis de clarifier la démarche d'enquête et ses modalités pour rester au plus près de l'objet de recherche sans orienter ni « trahir » les acteurs enquêtés.

Nous pensons alors avoir répondu à 3 objectifs fondamentaux :

- anticiper l'analyse des données recueillies
- asseoir la scientificité de notre recherche
- et surtout préserver les acteurs enquêtés par un cadre éthique et déontologique et ainsi faire de notre recherche une rencontre, un partage libéré de tout jugement ou évaluation.

6. Résultats et discussion

Entre le 20 février et le 10 mars 2022, 12 entretiens ont été réalisés dans un ordre aléatoire, selon de la disponibilité de chacune des enquêtées :

- 4 IDE conceptrices du « dispositif » et deux nouvelles recrues en ayant bénéficié sur janvier –février 2022

- 4 IDE n'ayant pas pensé et construit « le dispositif » et 2 nouvelles recrues ayant intégré l'équipe d'HP il a un an.

Les conditions spatio-temporelles anticipées ont été favorables au recueil de données. Notre encadrement nous a permis de porter une blouse ou de rester habillée en civil pour favoriser chez nous comme dans le regard des enquêtées, la posture d'apprentie-chercheure. Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes et 16 secondes.

Recueillir les propos des 12 IDE a été une réelle étape de plaisir de la recherche. En revanche, la retranscription a été fastidieuse mais nécessaire car elle a contribué à la première « lecture flottante », étape primordiale de l'analyse catégorielle de Bardin (2013). Nous avons notamment la crainte de ne pas être fidèle aux propos des enquêtées¹¹. La phase d'analyse a été laborieuse car novice de ce savoir-faire, l'appropriation individuelle a suscité de nombreux questionnement. La présentation du matériel exige des choix en tant que chercheure-apprentie en construction et parce qu'il y a choix, il y a renoncement.

Malgré tout, nous sommes en mesure de présenter quelques résultats selon un critère de pertinence, défini par le sujet et la grille d'analyse préalablement construite et par la récurrence et /ou l'espace mobilisé de certains éléments dans les entretiens. Nous proposons donc ici de visualiser dans un premier temps les données démographiques. Ensuite nous exposerons les éléments issus de l'analyse catégorielle selon qu'ils sont communs à l'ensemble des enquêtées ou qu'ils divergent en fonction de la variable d'insertion. Enfin nous identifierons les biais qui ombragent les résultats avant de conclure.

1. Résultats des données démographiques

Les données démographiques¹² apportent peu d'élément significatif sur le plan statistique. Toutefois nous relevons deux indices :

¹¹ Le choix de la ponctuation étant souvent laissé à notre appréciation compte tenu du canal oral.

¹² Cf. Annexe 2, 2bis et 3

- le premier lié à **l'âge** et à **l'expérience** professionnelle¹³
- Le second indice est lié à la **durée des entretiens**¹⁴

Les infirmières ayant créé le dispositif d'accompagnement sont globalement les plus âgées et ont forcément plus d'expérience, mais pas nécessairement dans le milieu du soin. En effet, trois d'entre elles ont exercé une profession différente à base relationnelle forte, voire managériale. Elles se sont donc reconverties. La dernière infirmière du groupe d'étude est celle qui possède 10 ans d'expérience en soins infirmiers. On peut y voir un biais d'échantillonnage mais le sujet de la recherche ne permettait pas un échantillonnage différent. Nous percevons ici une première hypothèse d'une maturité physiologique et/ou professionnelle à corrélérer avec l'engagement à accompagner ses pairs à la prise de poste.

Par ailleurs, l'écart d'âge entre IDE accompagnantes et nouvelles recrues, selon qu'il est éclairé de la variable dispositif ou pas, montre deux tendances¹⁵. Nous constatons d'une part que l'écart d'âge est beaucoup plus important entre les Accompagnantes ayant construit le dispositif et les nouvelles recrues qui en ont bénéficié ; d'autre part cet écart est inversé dans le groupe témoin excluant la variable dispositif, où les nouvelles recrues sont plus âgées que les Accompagnantes. Nous émettons donc l'hypothèse que l'écart d'âge et le rapport, selon lequel il s'organise, pourraient influencer la relation d'accompagnement et le vécu des protagonistes et donc modifier la conception et la démarche des Accompagnantes.

Enfin, les infirmières ayant créé le dispositif sont celles qui présentent une durée d'entretien plus longue. C'est également le cas des nouvelles recrues ayant bénéficié de ce dispositif de mi-janvier à début février 2022. Des experts diraient que ce phénomène est statistiquement insignifiant, dans la mesure où les indicateurs affirment que la distribution des résultats pourrait être attribuée au hasard. Toutefois, au regard des éléments qui suivront, nous supposons, que le fait d'être proluxe chez les Accompagnantes par le dispositif, pourrait refléter une conceptualisation davantage construite de l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers.

Nous constatons à quel point les sciences humaines sont fragilisées par les approches statistiques directes, car il s'agit bien de comprendre « les êtres humains dans leur globalité sans les sortir de leur contexte et leur histoire »¹⁶ respectifs. C'est pourquoi nous proposons de

¹³ Cf. Annexe 4.1. 4.2. et 4.3.

¹⁴ Cf. Annexe 4.4.

¹⁵ Cf. Annexe 4.3.

¹⁶ S.T. 2022, médecin hématologue, communication personnelle.

nous immerger dans une méthode plus respectueuse du genre humain : l'analyse de contenu (Bardin, 2013).

2. Résultats à l'issue d'une approche catégorielle

Notre démarche a consisté à rassembler des séquences d'entretien selon une matrice¹⁷ née de « la lecture flottante ». Le recensement intégral est accessible numériquement en annexe 13. Nous faisons le choix ici de ne mettre en lumière que certains éléments. Notre travail reste cependant rigoureux du fait de l'engagement à rester fidèle au enquêtées tout en apportant des éléments de réponse à la question qui nous anime. Ainsi, les choix nous inscrivent dans une approche non exhaustive mais pertinente.

2.1. Thématiques communes sur les rôles des infirmières accompagnantes

De tous les entretiens confondus des IDE accompagnantes comme des IDE accompagnées à la prise de poste, il ressort des thématiques et sous thématiques correspondant aux items répertoriés dans la grille de lecture des entretiens. Le classement des verbatim nous permet ainsi de déterminer que **la relation**¹⁸ précède l'accompagnement, le détermine et traverse les autres rôles de l'accompagnement : celui facilitant l'agir professionnel et celui autonomisant.

2.1.1. Nature de la relation d'accompagnement

Concernant la relation dans l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers, elle est en effet définie comme une rencontre certes motivée professionnellement par une étape de la professionnalisation mais attachée à des valeurs humaines. On retrouve ainsi la **notion altruiste** de partage voire de don jusqu'au caractère sacré du lègue, et également un champ lexical autour de la solidarité avec l'évocation du soutien, de l'aide, l'entraide et la présence. Cette relation d'accompagnement suscite parfois un effet miroir dans le partage et chacun peut se reconnaître dans l'autre :

« ...après un côté un peu compagnonnage dans le sens, bon après ça fait partie de notre de notre métier de former, mais là, j'ai envie de dire, c'est même plus que former c'est...je sais pas comment, comment expliquer, mais presque de la sororité, parce qu'on est beaucoup de femmes (rires) mais un peu dans ce sens-là, comme un

¹⁷ Cf. Annexe 5

¹⁸ Cf. Annexe 6

accompagnement, « j'en suis passée par là (rires) je sais ce que tu vas vivre, donc je peux, je peux témoigner de ce que j'ai vécu. Il faut pas hésiter à partager avec nous parce qu'on a vécu la même chose que toi... » (ide8 L51...52-57).

La relation peut également prendre un **versant psychologique** pour les Accompagnantes comme les Accompagnées: « ...la dernière partie que j'engloberais dans l'accompagnement, ça serait au niveau du ressenti, des émotions, du relationnel, donc comment la personne se sent déjà, peut-être au départ,... de pouvoir alléger la charge mentale du nouvel arrivant » (ide10 L18-19...38).

2.1.2. Manifestations cliniques de la relation d'accompagnement

Chez toutes les enquêtées qu'elles soient Accompagnantes ou Accompagnées, la relation s'ancre par ailleurs dans la qualité/attitude rogérienne de **la bienveillance**. Elle apparaît dans 9 entretiens sur 12 et chacune accueille l'autre dans son **questionnement** (dans 10 entretiens sur 12). Parmi les enquêtées n'ayant pas évoqué la bienveillance (ide 2, 8 et 9), l'ide 9 évoque en outre « le respect » et « l'empathie » et l'ide 8 les « compétences relationnelles » nécessaires. Nous sommes ici en présence d'un lexique des valeurs humaines davantage personnalisé. Nous reprendrons ces éléments ultérieurement car déjà se dessine une divergence dans les postures accompagnantes.

Pour les Accompagnées, la bienveillance est corrélée au non-jugement et à la remise en question. Cette dernière est par ailleurs davantage exigée des Accompagnées par toutes les Accompagnantes, parfois formulée sous forme « d'écoute » et /ou « d'ouverture ». La remise en question est par ailleurs une exigence de toutes les Accompagnées envers elles-mêmes. Parfois la réciproque chez les Accompagnantes est attendue. Elle est énoncée littéralement ou également sous couvert « d'ouverture » et « d'écoute ».

C'est dans cette relation humaniste que l'Accompagnée est accueillie sous les traits d'un **pair compétent**, responsable. On retrouve cette reconnaissance de l'altérité professionnelle sans exception dans toutes les catégories d'infirmières interviewées. Et parce qu'il y a rencontre, partage, bienveillance et reconnaissance du professionnel accueilli dans son questionnement, les enjeux de pouvoir semblent moins présents que ce que la littérature semblait pointer. Toutefois, ils ne sont pas absents des esprits : « il faut toujours transmettre, ça sert à rien de garder pour soi ...certaines informations. Et je trouve que certains ... gardent des informations pour eux, ce qui est dommage parce qu'on apprend beaucoup... » (ide5 L92-93).

2.1.3. Freins à la relation d'accompagnement

Par ailleurs, cette reconnaissance de l'altérité professionnelle semble dédouaner l'Accompagnée de son étiquetage de vulnérabilité et contextualise systématiquement l'accompagnement dans **les difficultés** de la spécialité hématologique, soit sur le plan **des connaissances** soit celui de **la technicité** ou encore de **la charge émotionnelle**, voire des trois simultanément. Ces différentes difficultés soulèvent un premier frein qu'est **le temps** requis pour accompagner à la prise de poste mais dont ne semblent pas disposer les Accompagnantes. La problématique temporelle est par exemple évoquée sept fois dans l'entretien de l'ide4 sans être explicitée. Nous en retrouvons les causes chez d'autres enquêtées :

- le **rythme des accompagnées** est défini comme plus lent
- le fait d'être contraint dans le temps par les **exigences premières de la profession** (assurer une continuité des soins pour les patients et l'équipe)
- l'idée qu'**accompagner** une nouvelle recrue exige plus de temps parce que le **processus** lui-même s'inscrit d'office dans un **espace-temps** et que les conditions environnementales ne sont pas réunies pour répondre à cette temporalité de l'accompagnement :

« Est-ce que c'est pas finalement se rajouter du travail que de faire ça et tu vois et ça c'est vraiment quelque chose que je me pose comme question parce qu'on a quand même une charge mentale déjà en tant qu'infirmier qui est importante. Une charge mentale, une charge émotionnelle et là en fait, on se rajoute un peu du travail (rires). Et on n'a pas forcément les outils et le temps nécessaire pour le faire » (ide8 L408-413...415).

D'autres freins à l'accompagnement à la prise de poste sont verbalisés **dont le risque d'erreur** et la conscience d'une possible gravité. **La responsabilité** y est parfois associée, le cas échéant, elle est mentionnée comme une épée de Damoclès à part entière. Erreur et responsabilité sont deux facteurs liés au métier infirmier, l'un intrinsèque à la prise en charge d'êtres humains par d'autres humains, l'autre extrinsèque lié au cadre légal d'exercice. Erreur comme responsabilité semblent porter ombrage à la relation d'accompagnement. Toutefois, les enquêtées consentent que chaque professionnel reste responsable de son activité indépendamment du cadre d'accompagnement les faisant coexister pour une même activité.

La relation, ce pilier emblématique des compétences infirmières, traditionnellement au

service du patient, est ici réinjectée au profit de la personne accompagnée à la prise de poste, au point qu'une des enquêtées accompagnantes assimile l'accompagnement à une « prise en charge »¹⁹. Cette expression est dédiée à la prise en soins du patient dans le langage paramédical. Cette relation existe pour elle-même par ses valeurs humaines mais elle sert les deux autres piliers de la compétence infirmière : les savoirs et savoir-faire.

2.1.4. Savoirs et savoir-faire

La relation d'accompagnement est vectrice de **savoirs et savoir-faire**²⁰. Nous ne reprendrons pas en détails les propos des enquêtées sur les actions de l'accompagnement destinées à l'apport de connaissances et d'une dextérité technique. Elles sont unanimes sur ce fait et pour cause, la formation à la profession infirmière repose sur cette double entité de sorte à articuler 10 compétences requises au D.E. Les paragraphes²¹ de l'arrêté du 31 juillet 2009 destinés à la finalité de la formation infirmière et aux principes pédagogiques illustrent clairement ce fait.

En général, dans tous les entretiens, les savoirs sont associés aux connaissances dites théoriques et spécifiques de l'hématologie. Parfois les connaissances apparaissent également à travers des termes plus génériques ou leur support : « documents, documentation », « notions », « informations », « cours ». Ces connaissances sont souvent associées au mot « pathologies », explicité par les termes de « leucémies » et « lymphome ». Le terme « traitements » vient soutenir le discours sur les connaissances et se voit parfois illustré de certaines chimiothérapies ou thérapies ciblées emblématiques telles la cytarabine, le méthotrexate ou les inhibiteurs de tyrosine kinase. Enfin des verbes ou locutions verbales fortement connotés comme « transmettre »/« transmission de savoir »/« transfert de savoir », « expliquer » « apprendre », « comprendre », et même « enseigner » sont associés aux connaissances nécessaires à la pratique infirmière en HP.

Quant aux savoir-faire, ils sont lexicalement associés à la technicité qu'exige la spécialité, notamment avec la mention des voies d'abord pour l'administration des traitements²². De fait, les enjeux d'asepsie, ceux des soins stériles sont alors déclinés car chacune semble avoir conscience des enjeux pour les patients immunodéprimés, sans que ces

¹⁹ Idel L156 ; 179

²⁰ Cf. Annexe 7

²¹ Ministère de la santé et des sports, 2009, p.275

²² les voies veineuses périphériques, les voies centrales, les port-à-cathéter et les rampes.

derniers ne soient expressément nommés. On retrouve également des activités phares à haut risque comme la pose de chimiothérapie et les transfusions. Enfin des activités transversales telle la lecture des prescriptions, dites « tâches afférentes » voir « organisation de soins » sont évoquées. Les savoir-faire englobent également la relation au patient, essentielle en oncologie mais qui n'est évoquée que brièvement: ce savoir être ne semble pas avoir la primauté dans les acquisitions pour la prise de poste ou peut-être est-il considéré comme acquis dans la profession par essence relationnelle.

Dans les apports de savoirs et savoir-faire, on note le positionnement des Accompagnantes qui souvent observent ou évaluent les Accompagnées, afin de négocier le « laisser faire » en sécurité, et de sorte à ce que l'Accompagnée puisse être resituée dans le processus d'accompagnement et devenir une actrice de plus en plus autonome.

2.1.5. Objectif autonomie

L'objectif d'autonomie²³ visé par l'accompagnement à la prise de poste est en effet largement réclamé par les Accompagnantes comme les Accompagnées. Le terme « autonomie » est évoqué dans les 10 premiers entretiens et le cas échéant, c'est la capacité à faire et/ou être seule qui est mise en avant. Nous retrouvons systématiquement la sous thématique de **l'acculturation** comme une composante de l'accompagnement à la prise de poste, voire une condition première de l'autonomie. « Intégration » vient alors en synonymie de l'acculturation dans 9 entretiens sur 12. De fait, l'infirmière autonome intégrée devient « autrice » plus qu' « actrice » en s'inscrivant dans la **pluridisciplinarité**. Cette dernière semble définie par la capacité à interagir avec d'autres corps de métier impliqués dans le soin, dont les médecins, notamment par le biais des « **transmissions** » infirmières aux médecins. Les transmissions orales plus qu'écrites sont venues compléter les indicateurs de façon majeure. Les transmissions orales sont le temps, où équipes médicale et paramédicale échangent autour de la prise en charge individualisée de chaque patient. Ensemble, elles font émerger les éléments permettant de coordonner la prise de décision et les actions. Nous n'avions pas anticipé ces transmissions dans la grille de lecture. Or, elles semblent emblématiques de l'infirmière autonome. Les transmissions orales ne sont pas légiférées en tant que telles mais le recueil de l'information et son partage permettant la continuité des soins, l'est dans les articles R4311-1 et R4311-2 du C.S.P.. Il s'agit « de concourir à la mise

²³ Cf. Annexe 8

en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ». Si l'écrit reste un moyen de transmission légiféré à travers l'histoire de la profession infirmière en lien avec les évolutions technologiques de l'informatique, les transmissions orales restent un moyen privilégié de communication dans le cadre de la continuité des soins.

L'immédiateté du canal, associé à l'activité de transmission, concourt ici à en faire un marqueur de l'autonomie. Les transmissions orales semblent assimilées à une prise de hauteur intellectuelle dans la profession. Cette prise de hauteur est seulement sous-entendue au vu du caractère sacré des transmissions en tant que dernière étape d'accession à l'autonomie. En effet, chez plusieurs IDE, c'est une activité qui n'intervient que tard dans le processus d'accompagnement ou à minima de façon décalée dans le temps.

Parallèlement, nous retrouvons en lien avec l'infirmière autrice de son activité, la **capacité à agir de façon sécurisée** pour elle, le patient et de façon sous-jacente la capacité à anticiper, **repérer l'urgence** en priorisant, planifiant ou organisant les soins. C'est par ailleurs dans ce contexte d'autonomie qu'est souvent mentionné le risque d'erreur et la responsabilité que nous avons évoqués plus haut comme faisant ombrage à la relation d'accompagnement.

2.1.6. Leviers à la posture d'accompagnement

Il émane des entretiens sur la posture d'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers outre les 3 rôles, portés par la littérature, 3 leviers de cet accompagnement²⁴.

Deux d'entre eux ont été identifiés comme formels :

- **L'institution** est systématiquement évoquée par les Accompagnées dans son rôle managérial et organisationnel, notamment comme tremplin à l'acculturation par une phase d'accueil général et dans la temporalité de l'accompagnement fixée à 3 semaines. Une temporalité qui reçoit une appréciation très favorable des Accompagnées.

- Quant aux Accompagnantes (mais aussi certaines Accompagnées), elles citent le **modèle du tutorat étudiants** comme un élément favorisant la posture d'accompagnement.

Mais un ultime levier informel semble garantir à minima la compétence d'accompagnement : **l'expérientiel**. Il peut prendre la forme du vécu en tant qu'Accompagnée pour devenir Accompagnante à la lumière de modèles et contre-modèles. En outre, l'expérientiel s'exprime en terme d'expertise en soins infirmiers, garante d'une posture d'accompagnement.

²⁴ Cf. Annexe 9

A la lumière de ces derniers éléments, nous avons relevé avec surprise **l'aspect tripartite dans l'accompagnement**. Nous ne le percevions pas de façon aussi affirmée. En effet, l'encadrement (au sens managérial) est présent dans l'accueil et constitue la première marche vers l'acculturation dans le projet d'accompagnement des pairs infirmiers. Nous entrevoyons déjà une piste pour alléger la responsabilité que semblent porter les infirmières accompagnantes et pour articuler une temporalité différente dans le processus d'accompagnement. Si l'Accompagnant.e nous paraissait central.e par sa posture, nous avons presque extrait l'Accompagné.e du processus, de peur de le stigmatiser. Or, il apparaît que les exigences attendues²⁵ de ce dernier font son engagement et que sans cet engagement l'accompagnement pourrait être caduc.

Ainsi, nous constatons à l'issue de cette première analyse que toutes les enquêtées ont conscience qu'il se joue quelque chose à base relationnelle forte dans l'accompagnement. En outre, la relation d'accompagnement des pairs sert l'appropriation des savoirs et savoir-faire en onco-hématologie, pour que naisse un professionnel autonome. En effet, la profession infirmière est très harmonisée autour de compétences croisant savoirs, savoirs faire et savoir-être. Ils nous rappellent le cadre socio-politique des accords de Bologne de 2009, ayant organisé la formation initiale autour de 10 compétences légiférées pour faire des infirmiers des « praticiens responsables et réflexifs ». Ce qui est rassurant quant on songe à la prise en charge sécurisée des patients. Nous constatons parallèlement que les compétences du savoir-être permettent d'ancrer la profession dans des valeurs humaines communes qui la prédestine à l'accompagnement tel que nous avons pu le rencontrer dans la littérature. Il n'est donc pas surprenant que la compétence d'accompagnement soit littéralement nommée par la compétence 10 du référentiel infirmier. Cette compétence d'accompagnement semble naturellement inhérente à la profession chez les enquêtées, au point d'en être oubliée comme une compétence à part entière pour être finalement redécouverte au gré d'un des entretiens :

« je sais pas, ça fait très (rires) protocolaire, je trouve compétences, ça fait, ça me fait penser au livret (continue de rire) et qu'on avait, quand on était jeune, la compétence 10 ou il fallait accompagner, mais c'est complètement ça en fait hein? C'est la compétence 10, c'est ça en fait l'accompagnement. Le binôme aide-soignant et l'accompagnement des étudiants, tout ça et des nouveaux arrivants...(voix qui

²⁵ Cf. évocation des qualités et attitudes attendues des accompagnées en miroir des qualités et attitudes des accompagnantes

baisse) »²⁶(ide5 L215-219).

Toutefois nous observons chez toutes les Accompagnantes conceptrices du dispositif, que le caractère formel à part entière de l'accompagnement est clairement identifié comme tel, en plus du fait de reconnaître le facteur expérientiel, comme chez toutes les enquêtées. C'est un des éléments qui nous amène à interroger plus en détail les indicateurs des sous-thématiques pour justifier le ressenti d'une posture d'accompagnement plus globale, un processus en cours d'ancrage.

Au total, la lecture des thématiques ne permet pas de faire de la construction du dispositif une variable dans la posture et démarche d'accompagnement. En revanche, l'analyse de certains indicateurs par groupe d'enquêtées et la comparaison en regard de la variable dispositive, laisse entrevoir qualitativement des différences discursives et lexicales subtiles dans les postures d'accompagnement et dans la perception des Accompagnées. Nous nous proposons donc à présent d'éclairer comment la variable *dispositif* d'accompagnement à la prise de poste génère un discours différent chez les Accompagnantes conceptrices du dispositif et les nouvelles recrues en ayant bénéficié.

2.2. Variabilité dans la pratique d'accompagnement selon la posture dispositive

Nous avons affirmé avec l'analyse précédente que la relation constituait pour l'ensemble des infirmières le terreau qui nourrissait l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers. Si nous creusons ce terreau, nous découvrons que certaines composantes divergent entre le groupe infirmier ayant conçu le dispositif et celui n'y ayant pas participé.

2.2.1. Le contrat relationnel : Patience versus confiance

En effet, nous avons relevé que la relation d'accompagnement est pensée et vécue à travers une nécessaire « **patience** » chez les infirmières non-conceptrices alors que les infirmières conceptrices cherchent davantage à entretenir un « **lien de confiance** » avec l'Accompagnée²⁷.

Ide4 est celle pour qui la patience est verbalisée en premier comme qualité et compétence nécessaire dans l'accompagnement. Cette patience semble être une contrainte en lien avec la nécessité de s'adapter à l'autre, au point de rendre l'accompagnement négativement

²⁶ Et si l'entretien avait œuvré à un « déplacement » dans la posture accompagnante de l'ide5?

²⁷ Cf. Annexe 10a

chronophage et de mettre l'ide 4 en difficulté dans une relation imposée et subie. Ide1 la mentionne 4 fois et admet devoir se contenir pour gérer cette relation d'accompagnement difficile dans la temporalité de l'activité professionnelle traditionnelle. Chez les ide2 et 5 la patience est également évoquée comme un effort à fournir parmi d'autres qualités et compétences.

La difficulté n'est pas absente du ressenti des infirmières conceptrices mais elle ne l'est pas au regard de la relation même d'accompagnement. La patience est évoquée une seule fois²⁸ au sein d'autres qualités et compétences, avec un étayage lexical plus important à notre sens que chez les IDE non-conceptrices. On retrouve en effet chez les infirmières conceptrices (au-delà de la bienveillance et l'accueil du questionnement de l'autre) les notions de « **présence** », « **disponibilité** », « **ouverture** » et « **écoute** ». Les ide9 et 12 associent également « respect » et « empathie » à la bienveillance et l'ide9 évoque en sus la « tolérance ». Il s'agit bien du contrat humain de l'accompagnement tel qu'évoqué par la littérature présentée précédemment, notamment chez Paul (2020).

Par ailleurs ces qualités viennent nourrir la relation dans ses fondements par le lien de confiance. En effet d'après l'ide8, « il faut qu'il y ait une confiance entre la personne qui est accueillie et la personne qui accueille » (L35-36). De même, chez ide10, la confiance est l'objectif principal de son discours sur la relation et chez l'ide12, elle apparaît dès les premiers instants de l'entretien. Si l'ide9, ne nomme pas la confiance littéralement, elle la laisse transparaître ligne 251 dans les termes « moi je repasse pas derrière ». Chez chacune des enquêtées, cette relation de confiance est à co-construire avec le « consentement » des Accompagnées dans un esprit de mutualité et de réciprocité, où les Accompagnantes conceptrices **se remettent en question dans leur rapport aux Accompagnées**. Il nous semble que chez les IDE non-conceptrices, cette remise en question est davantage liée aux pratiques et connaissances en soins infirmiers. En outre, la confiance est exprimée chez ces mêmes infirmières plutôt comme une confiance en soi que les Accompagnantes doivent avoir et que les Accompagnées doivent acquérir. Seule l'ide1 non-conceptrice semble s'inscrire dans un lien de confiance en plus de la confiance en soi nécessaire dans la profession infirmière.

De cette relation construite autour de qualités pauliennes dont la confiance par les IDE conceptrices, semble émerger une conceptualisation de l'accompagnement tel un processus exigeant un positionnement à caractère professionnel plus qu'une rencontre professionnelle

²⁸ Ide 8 L114

imposée.

2.2.2. Analyse des freins dans la posture accompagnante

Certes la temporalité reste pour les IDE conceptrices une difficulté, mais c'est la réflexion sur **les moyens** de construire l'accompagnement qui rend le discours des IDE conceptrices plus articulé. Nous prenons le temps ici de poser les propos de chacune car il nous a été reproché, au moins trois fois, d'avoir orienté les entretiens sur un versant délibérément positif de l'accompagnement. Nous prenons le parti de donner voix à nos consœurs, tout en gardant notre casquette d'apprentie-chercheuse. Ces propos ont en sus toute leur pertinence dans la construction de la posture accompagnante des IDE conceptrices :

- « Qu'est ce qui peut nous freiner dans les prises en charge enfin, dans les intégrations. Est-ce qu'il y a des points dans notre service qui nous freinent ? Il y a des choses qui sont mises en place, qui nous freinent dans l'intégration de la nouvelle arrivante, dans notre perception peut-être de l'intégration » (ide12 L 286-289).
- «...l'encadrement je trouve qu'il prend de plus en plus d'importance aujourd'hui, parce que y a que ça qui va nous permettre de faire en sorte, entre guillemets, de garder les gens et de vraiment maintenir une équipe en place, une équipe solide sans Turn Over, tous les 3 mois,... Enfin je pense que l'encadrement là, il prend vraiment tout son sens, l'encadrement et comme on a dit...de mettre en place des choses dans chaque service et de vraiment s'intéresser à ça...pas juste faire de notre compétence infirmière qui est d'accueillir les gens et de les encadrer mais vraiment de développer des choses supplémentaires par rapport à ça, de se questionner en fait, de faire une des priorités du service, l'encadrement, que ça devienne une priorité partout. » (ide10 L279-288).
- « Et on a pas forcément les outils et le temps nécessaire pour le faire...voilà est ce qu'on a les bons moyens, tu vois? Et ma réponse est : NON » (ide 8 L410-415).
- « ...l'hôpital en plus aujourd'hui, quand il est quand même un peu en crise, au bout de 2 ans, tout le monde s'en va. Donc on est censé quand même accueillir les nouveaux agents pour leur donner envie de rester » (ide 9 L320-321).

Il nous semble que **la prise de hauteur** sur le positionnement professionnel d'accompagnement se traduit par un questionnement presque managérial et socio-politique. Quittons la parenthèse des paramètres externes pour recentrer notre sujet autour de la posture

accompagnante des IDE conceptrices avec un outil, qu'elles semblent davantage avoir développé que les IDE non-conceptrice : le diagnostic.

2.2.3. Le diagnostic

Nous nommons **diagnostic** le processus continu qui permet de *développer la relation à l'autre*²⁹.

Chez toutes les infirmières enquêtées, il y a la conscience d'une **altérité professionnelle** à prendre en considération pour pouvoir accompagner au plus juste. Toutefois nous avons quantifié les occurrences relatives au diagnostic dans l'accompagnement pour éclairer le ressenti d'une posture diagnostique plus élaborée chez les IDE conceptrices. En effet, ces dernières ont utilisé au total 486 mots dont plus de la moitié (292) reviennent à l'ide4, alors que les IDE conceptrices ont eu recours à 855 mots dont 316 appartiennent à l'ide12. Nous constatons que les IDE conceptrices ont utilisé presque le double d'occurrences pour un des processus relationnels, juste énoncés chez ide1 et 2. En outre, chez les IDE conceptrices, le diagnostic est qualitativement marqué par une étape d'accueil³⁰, où l'on se présente et présente l'équipe et par un temps « d'évaluation diagnostique »³¹ pour négocier l'accompagnement. Les IDE conceptrices évaluent l'Accompagnée sur le plan professionnel en termes de **parcours** et d'**acquis**, comme les IDE non conceptrices. Cependant, le regard professionnel des premières porte aussi sur l'infirmière accompagnée en tant que « **personne** », « **personnalité** ». Elles semblent avoir une approche humaniste de la professionnalisation que nous ne retrouvons pas aussi nettement chez les IDE non conceptrices³².

Ainsi une centration sur la personne-même semble ajoutée une plus-value à l'accompagnement déjà centré sur le/la professionnel.le accompagné.e à la prise de poste.

2.2.4. L'adaptabilité

Il résulte chez les Accompagnantes conceptrices, une **négociation** du parcours dans l'accompagnement, que nous retrouvons chez les IDE non conceptrices davantage comme un

²⁹ Cf. la deuxième action du rôle relationnel de notre grille d'analyse de la posture d'accompagnement en soins infirmiers.

³⁰ Cf. Annexe 10a

³¹ Terme utilisé 9 fois chez ide9

³² Cf. Annexe 10a

échange existant pour lui-même, que comme une étape dans un processus global construit ou pensé³³.

De fait, l'acquisition des savoirs et savoir-faire semble ajustée à l'Accompagné.e pour les IDE conceptrices. Considérant les IDE non conceptrices, il semblerait que le « moule » de l'accompagnement est prêt à accueillir l'Accompagné.e, qui aurait été scannée selon les paramètres *savoirs et savoir-faire* du service HP. Si nous fixons l'Accompagné.e comme point central chez les IDE non-conceptrices un mouvement essentiellement centrifuge se forme, où l'Accompagné.e doit épouser la forme du moule ou la représentation que les Accompagnantes en ont. Quand les contours du moule sont flous, l'articulation de l'accompagnement reste axée sur le *faire* de la plage horaire d'activité professionnelle des Accompagnantes : « leur montrer les différents actes, et cetera... enfin ce qu'on fait dans une journée quoi... Nos actions dans une journée... Elles nous accompagneront³⁴ de façon dans tout ce qu'on fait dans la journée » (ide1L129).

En revanche, chez les IDE conceptrices, le **mouvement** est à la fois **centrifuge** par rapport à l'objectif d'autonomie et **centripète** par rapport à la personne accompagnée. Et l'accompagnement semble être un cadre moins contraignant et plus un processus pensé globalement au-delà de la plage horaire.

Les propos de l'ide NR7 sans dispositif confortent l'idée que l'accompagnement a été pensé selon des étapes figées : « ...ça se fait en en 3 étapes, je pense. Y'a le moment d'observation qui a été fait, le moment justement où on est en train, en cours d'apprentissage et après le moment où justement nos collègues, je pense qu'elles ont assez confiance de nous lâcher et où on devient plus autonomes, en tout cas après, c'est-ce qui a été fait » (L121-123).

Force est de constater que l'entretien de l'ide8 conceptrice montre qu'elle s'inscrit dans une chronologie très définie mais il serait trop réducteur de voir en son accompagnement un cadre rigide. En effet, la personne accompagnée reste au cœur de ses considérations, que ce soit dans le diagnostic comme dans l'intégration. Outre sa sensibilité au diagnostic de la personne accompagnée³⁵, l'ide8 montre son engagement à réguler la progression dans le processus après questionnement. Le questionnement est par ailleurs double : il s'inscrit dans le cadre d'un espace dialogique développé envers l'autre et dans le cadre d'une remise en

³³ Cf. Annexe 10b

³⁴ Mais qui accompagne qui... ?

³⁵ Annexe 13, ide8 ACC D+ L121-125

question intense³⁶. Quant à la conception de l'intégration, elle modifie la teinte chronologique de la prise de poste chez l'ide8: « ...chaque personne qui arrive peut apporter sa différence et sa fraîcheur. Se remettre en question mais tout en ne dédaignant pas ses convictions personnelles parce que ça peut, après ça peut être au détriment de sa santé mentale, un peu quand même. De sa santé mentale et de son devenir dans le service. Si on n'est pas en phase avec soi-même, quand on vient de travailler, ça peut pas marcher dans la durée quoi, je pense. ... Mon premier objectif : C'est qu'elle se sente bien, parce que je pense qu'il peut pas y avoir de bonne intégration si la personne, elle se sent pas bien, quand elle vient travailler » (ide8 L145-146...151...152-155...158-159) ».

Nous observons cependant la volonté de toutes les Accompagnantes de porter l'accompagnement à 2, en vue de rendre l'autre acteur, en toute sécurité, compte tenu de l'enjeu humain et vital. Mais l'adaptabilité des Accompagnantes semble ne pas se lire de la même manière selon la variable de création du dispositif d'accompagnement.

2.2.5. LES *feedback* vers l'autonomie.

Comme nous venons de l'évoquer pour l'ide8, la conception du rôle autonomisant complète la démarche et permet de comprendre comment l'accompagnement dans ses finalités est pensé et construit. Chez toutes les infirmières, un professionnel autonome s'affirme comme un auteur dans sa pratique, mais les modalités pour l'accompagner diffèrent. Chez les IDE non-conceptrices, il s'agit davantage d'un ***feedback sur les savoirs et pratiques***. Le *feedback* est présent chez les IDE conceptrices mais nous constatons que chez ces dernières, il est aussi activé dans le **champ de la construction identitaire** pour aider l'Accompagné.e. à trouver sa place³⁷.

Chez les IDE non-conceptrices, il s'agit de pouvoir *faire seule* en comprenant intellectuellement les actions de soins infirmiers : une autonomie de compréhension pour prendre des décisions.

Les propos de l'ide NR3, n'ayant pas bénéficié du dispositif, font écho en décrivant ce besoin de rassasier les connaissances pour asseoir la posture professionnelle : « j'avais toujours besoin de comprendre pourquoi et elles m'expliquaient pourquoi, en fait, j'étais dans le faux...de comprendre les pathologies avec lesquelles j'allais travaillées, comment les

³⁶ En outre, l'ide8 conceptrice venait en l'occurrence de vivre un accompagnement éprouvant.

³⁷ Cf. Annexe 10c

prendre en charge et pouvoir être compétente un minimum quand je serai lâchée quoi » (L169-170...L229-230).

Les Accompagnantes non-conceptrices valorisent ainsi la position réflexive dans les soins infirmiers, et c'est une des finalités et un des fondements de la formation initiale. C'est pourquoi ce phénomène reste présent chez toutes les enquêtées, dont l'ide conceptrice 12, qui utilise 10 fois consécutives l'occurrence « pourquoi » pour illustrer cette intention de construction de la réflexivité. Notons par ailleurs que ce *feedback* de type explicatif est très en lien avec les représentations du métier en hématologie, souvent énoncée comme une spécialité « vaste », qui exige de larges connaissances pour être exercé avec sérénité.

Cependant, l'ide1 non-conceptrice semble déjà avoir une conception différente. Les termes « posture » et « grandir »³⁸ semble l'inscrire déjà dans une finalité plus globale au regard du rôle autonomisant de l'accompagnement. La posture reste pourtant intimement liée à l'apport de connaissances³⁹. Cette construction de la posture professionnelle en hématologie par le *feedback* de l'Accompagnante, nous le retrouvons en revanche chez toutes les IDE conceptrices⁴⁰. Il nous semble ici qu'elles s'inscrivent par leur accompagnement dans la construction identitaire du soi au sein du collectif et participent de l'épanouissement individuel du sujet professionnel. C'est pourquoi, nous proposons ici une halte dans les entretiens des nouvelles recrues pour illustrer les « deux » types d'accompagnement qui émergent des entretiens des Accompagnantes.

2.2.6. Le vécu des Accompagnées selon la variable *dispositif*

Le vécu des Accompagnées⁴¹ semble permettre **une lecture « miroir » des conceptions et démarches accompagnantes** : il révèle, à notre sens, une fracture entre d'une part un ressenti difficile voire douloureux pour les nouvelles recrues n'ayant pas bénéficié du dispositif et d'autre part un ressenti plus serein pour les nouvelles recrues ayant bénéficié du dispositif⁴².

A la question proposant une association d'idée, la coloration positive ou négative des mots parle d'elle-même. Quantitativement les NR sans dispositif expriment 3 mots à connotation

³⁸ L8-L14 et L28

³⁹ L6-8 ; L14-18

⁴⁰ Annexe 10c

⁴¹ Annexe 11

⁴² Nous noterons dorénavant les deux groupes NR sans dispositif versus NR avec dispositif

négative versus aucun chez les NR avec dispositif. Toutefois, nous souhaitons ici les éclairer de la teneur du discours respectif de chacune.

Notons dans un premier temps que NR3 sans dispositif répète les deux mots négatifs, alors que lui était proposé d'en donner un troisième, la première place étant occupé par une note d'humour. Quant à NR7 sans dispositif, le second mot « non-jugement » offrant une appréciation positive est temporisé dans le discours par le modulateur adverbial « plutôt », qui abaisse donc sa positivité. Par ailleurs, le récit de leur expérience d'accompagnement laisse entrevoir **un processus vécu avec difficulté**.

NR3 sans dispositif explique à quel point cela a été fastidieux de rassembler les connaissances par écrit car seul le canal oral de transmission existait alors. Elle exprime également l'anxiété générée lors de l'accompagnement à l'acquisition de savoir-faire emblématiques du service. Il nous semble alors que sa posture s'est construite essentiellement sur l'acquisition de connaissances et à la capacité à réaliser des soins au point peut-être d'orienter sa compréhension de l'autonomie sur la performance : « ... parce que jusqu'à il y a pas très longtemps, je baissais la tête et je fonçais droit dans le tas...et je pouvais partir 2h après, parce que je voulais **tout gérer toute seule** » (ide3 L 289-290).

Chez NR7 sans dispositif, nous constatons que l'accompagnement a été vécu comme un moule à intégrer. Le cadre contraignant d'évolution de NR7 sans dispositif, où la considération du sujet professionnel en amont de l'accompagnement a été absente, a peut-être contribué à faire de sa construction identitaire au sein du collectif une épreuve difficile à surmonter. Elle affirme : « Non, **je pense que** ma place, elle a été faite au sein de l'équipe ...**et j'ai su justement prouver peut-être** que... que ma façon de faire n'était **pas forcément** mauvaise et qu'on pouvait avoir d'autres façons de faire » (L201-202).

Certes, le discours affirme que la « place est faite » mais la coloration du discours s'ombrage de la modélisation prudente « je pense que »/« pas forcément » et de la charge sémantique du verbe « prouver ». Prouver c'est un processus qui permet de rendre visible par « son comportement ou ses actes » selon le CNRTL. En effet, plus loin dans le discours, NR7 explique que l'accompagnement lui a permis d'accéder à « une confiance », mais elle ajoute : « quand on intègre un nouveau service, c'est, **délicat**. On rentre dans une **équipe qui, quand même, est un noyau assez fermé**, donc c'est, bien d'avoir un encadrant, puisque l'encadrant, c'est une personne, avec qui on va pouvoir **un peu** discuter... » (L164-168). Une accession à l'autonomie qui nous paraît presque compliquée quand on considère l'ensemble des éléments de l'intégration, où la démarche semble de « porcelaine ». L'entretien essaie, en vain à notre sens, d'illustrer que « les 3 semaines ont été plutôt bonnes, plutôt simples » (L104) et que

« c'est peut-être bon signe hein, si rien ne me revient c'est que j'en ai pas eu un mauvais souvenir » (L221).

Si nous nous penchons à contrario sur le vécu **des NR avec dispositif** il nous semble plus **serein**, parce qu'elles se sont senties confiantes, rassurées et que leur discours est davantage orienté sur leur aptitude à s'organiser dans les soins et à anticiper les urgences.

Le discours de NR6 avec dispositif reste très global comme si l'accompagnement s'était déroulé de façon « naturelle » ou juste⁴³ par rapport à sa personne. En effet, NR6 affirme que « ça a été vraiment **optimal** » (L177). Ce qui lui a permis de « prendre confiance [en elle]..., une bonne **prise de confiance** » (L300) au point de concevoir l'accompagnement comme un soutien pour « surtout aller voir les collègues par exemple et demander, ...de par l'expérience du coup, comment on ferait ce protocole » (L44). Finalement elle estime : « j'ai été **bien accueillie** » (L316). On aurait pu attendre plus d'éléments quantitativement et qualitativement pertinents. L'absence même nous laisse penser que l'accompagnement a été sans difficulté, aussi simple et fluide que l'entretien, sans tabous.

NR11 avec dispositif dit de son accompagnement : « ça m'a rassurée en tout cas...quant à **ma légitimité**, entre guillemets, enfin ma légitimité, c'est un bien grand mot hein, mais ma légitimité de pouvoir dire “oui je prends mon poste et j'en suis capable” quoi » (L256-258). Il nous semble que la légitimité, qui selon CNRTL exprime un « droit **naturel** », révèle la posture professionnelle amorcée. Ce qui est conforté par cette phrase en apparence anodine : « enfin “on”, je dis “on” parce que **je fais partie de l'équipe** » (L366-367). Ne s'agit-il pas du soi dans le collectif professionnel ?

L'on pourrait nous objecter que tout cela est bien maigre et personne-dépendant mais les chiffres corrélés au propos ne mentent pas : ce qu'il reste du vécu de l'accompagnement de NR 3 et 7 sans dispositif, c'est un an après leur recrutement, alors que NR 6 et 11 avec dispositif ont été recrutées et accompagnées il y a seulement 4 mois.

2.2.7. Accompagnement infirmier à professionnaliser ?

Ainsi, il semblerait que l'**accompagnement** soit **plus global** car davantage pensé chez les IDE conceptrices alors que les ide non-conceptrices présentent des qualités et compétences plus éparées et moins inscrites dans la globalité de l'accompagnement.

Certes les IDE conceptrices ne présentent pas des compétences d'accompagnement

⁴³ Dans le sens de justesse.

systématisées – si tant est que l'on puisse systématiser ces compétences - mais leur discours sur l'accompagnement montre **une prise de hauteur** respective, où la **place de l'autre** est entière. La relation sert le diagnostic et l'assise professionnelle certes dans **le savoir et le faire mais aussi dans l'être**.

Paradoxalement certaines facettes de prédilection de leur conceptualisation sont réinjectées dans une démarche d'accompagnement que nous considérons comme globale. Par globalité, nous entendons la capacité à embrasser les finalités institutionnelle, professionnelle et personnelle, mais également les modalités et les moyens de l'accompagnement en soins infirmiers.

Nous avons envie de croire que cette globalité a quelque chose de noble : elle sert la personne dans son **accomplissement**...dans sa dignité ? Vous pensez à la personne accompagnée...c'est certain, mais pas de don sans contre don. Il nous semble, malgré les diverses difficultés éprouvées par les **IDE conceptrices**, que chacune trouve matière à donner davantage de sens⁴⁴ à leur exercice professionnel, le cas échéant des pistes d'action pour construire leur **identité professionnelle**. En effet, elles s'inscrivent dans une démarche de compétence(s ?) au regard de l'accompagnement. Elles la perçoivent comme à part entière dans leur exercice infirmier⁴⁵. En outre cette compétence – associée initialement et sans conteste à une appétence - s'est vraisemblablement esquissée par le travail de construction du dispositif, constitué au départ de fiches reflexes et d'entretiens individuels avec les Accompagné.e.s⁴⁶.

Toutefois cette compétence d'accompagnement reste fragile et les IDE conceptrices cherchent **des moyens** officiels pour la développer et **se professionnaliser**. Le discours est prolix à ce sujet chez la plus part d'entre elles⁴⁷.

La composante expérientielle (évoqué plus haut) chez les IDE conceptrices occupe toutefois une large part (cf. l'enjeu vital du patient) mais elle n'est pas exclusive dans les compétences d'accompagnement. Et si chez IDE non-conceptrices, l'expertise est fondamentale, le dispositif d'accompagnement mis en place est présent dans les esprits et semble être un élément facilitateur dans l'accompagnement à la prise de poste⁴⁸. Le dispositif

⁴⁴ Annexe 13 ide8 ACC D+ L347 ; Annexe 13 ide12 ACC D+ L303

⁴⁵ Annexe 12

⁴⁶ Annexe 12

⁴⁷ idem

⁴⁸ Idem

pourrait-il donc constituer un levier pour sensibiliser tous les infirmiers à la compétence d'accompagnement différemment ?

En conclusion, les résultats de l'analyse catégorielle laisse entrevoir la posture d'accompagnement à des degrés différents selon le groupe d'étude dit concepteur et le groupe témoin non-concepteur. Les résultats semblent évocateurs d'**une compétence d'accompagnement plus globale, développée chez des infirmières conceptrices**. La construction du dispositif semble avoir concouru avec une appétence à l'accompagnement, comme si la motivation intrinsèque et extrinsèque avait permis à la fois de donner du sens à la prise de poste de l'Accompagné.e et à la posture de l'Accompagnant.e. Dans la mesure où ce dispositif constitue un soutien pour les infirmières novices de la construction, nous pouvons en déduire un **retentissement positif**. Toutefois gardons-nous d'un enthousiasme trop hâtif car le *design* de la recherche contient des biais liés à la recherche elle-même et à certains choix.

3. Biais de recherche

Si les résultats permettent de recenser quelques éléments sur l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers, il est nécessaire, avant de conclure et d'envisager des pistes de réflexion, de temporiser cette « recherche ».

Notons sur le plan général notre inexpérience ayant impacté le déroulement méthodologique. A cette étape, nous envisagerions les questions des entretiens semi-directifs différemment tant sur leur forme que leur fond. Nous les construirions de façon plus simple et les recentrerions sur des éléments plus ciblés. Nous avons été contrainte plusieurs fois de reformuler nos questions pour permettre des réponses au plus près du sujet. Certes les enquêtées ont eu beaucoup de liberté. Ce qui leur a permis de développer le contenu de leurs pensées mais elles ont souvent eu l'impression de devoir se répéter d'une question à l'autre. Cela nous laisse imaginer qu'une phase exploratoire/une pré-enquête comme le suggère Lorenzi Cioldi (Moscovici & Buschini, 2003, p.187)⁴⁹ permettrait d'harmoniser le langage pour la communication lors des entretiens et en conséquence d'orienter les questions de façon plus pertinente en restant fiable. En outre, en termes de communication, nous précisons que nous n'avons pas exploré les digressions lexicales de l'accompagnement vers les occurrences

⁴⁹ Dans le cadre d'un questionnaire

« doubler », « encadrer », « tutorer » révélateur de la prise de poste en soins infirmiers, de ses représentations mais aussi du manque d'harmonisation du terrain lexical en amont des entretiens.

Par ailleurs, la phase exploratoire aurait pu servir la construction d'un échantillonnage plus argumenté ou plus équilibré. En effet, le sujet de la recherche nous oblige à une partie de l'échantillonnage quant au groupe cible d'étude. Toutefois le groupe témoin a été conçu de façon aléatoire, sans penser par exemple à une meilleure répartition au niveau de l'âge, de l'expérience infirmière, de la présence dans le service...ce qui biaise de façon conséquente nos observations. Quant à la parité homme-femme...A propos de l'échantillonnage, il est à noter qu'il est indubitablement restreint mais qualitativement ciblé et que l'existence même d'un groupe de comparaison majore la validité du travail de recherche.

Sur le positionnement des acteurs, nous ne pouvons pas éviter la mention de notre triple casquette : infirmière en soins généraux, infirmière-conceptrice du dispositif d'accompagnement et apprentie-chercheuse, observant le dispositif. Nous avons saisi avant la réalisation des entretiens, l'obligation de nous extraire de notre engagement professionnel sur les temps de recherche et à *fortiori* des entretiens, mais également de nous extraire émotionnellement du dispositif. Il nous semble avoir systématiquement pris le parti de nous recentrer intentionnellement en tant qu'apprentie-chercheuse chaque fois que cela était nécessaire, pour garder un esprit critique. Pour ce faire, nous avons lu et relu avant les interviews l'article de Nils et Rimé (Moscovici & Buschini, 2003, p.165), afin de nous imprégner des techniques et attitudes à privilégier :

- connaître parfaitement le déroulé des questions
- intégrer quelques automatismes de relances et reformulations
- apprécier les attitudes non-verbales des enquêtées pour détecter les « effets de fatigue et de concentration » ; y remédier en incitant à un effet miroir à se réinstaller confortablement dans l'assise ou en s'hydratant pour permettre une pause physique.
- s'installer toujours dans une attitude de communication « neutre, empathique, respectueuse » en étant « assise à 1 mètre, en face en face, avec un regard adressé mais non fixé »

Pour autant, l'exercice a été parfois éprouvant. Mais toutes les enquêtées ont affirmé avoir bien vécu l'entretien et se sentir confortables. Elles ont apprécié le déroulé fluide et logique de l'entretien au point de le mentionner dans la dernière question de débriefing suivant les remerciements.

Quant à la gestion technique des enregistrements, elle a parfois été fastidieuse, même si nous avons anticipé d'arriver 10 minutes avant les enquêtées sur l'heure de rencontre.

Nous installions en effet le matériel⁵⁰ en amont mais la mise en route générait un temps d'adaptation, où les enquêtées devaient se familiariser avec la présence physique du matériel. C'est pourquoi nous notons, que sur les deux premières questions que nous avons voulues générales, les discours sont très structurés voire « apprêtés » dans le cadre de l'enquête. Toutefois nous y avons prélevé de nombreuses informations. La gestion technique malhabile nous a parfois amené à couper l'enregistrement avant l'ultime question sur le vécu de l'entretien. Cette dernière question ayant pour objectif éthique de séréniser l'enquêtée ou lui permettre de « déposer » officieusement des émotions, n'a en rien léser la recherche qui n'exploite pas le versant psychologique des données.

En ce qui concerne le traitement des données, nous avons choisi de ne fournir que les tableaux d'analyse et non les transcriptions intégrales des entretiens. Ils permettent de majorer l'anonymat d'un échantillonnage restreint en donnant un aperçu morcelé et cependant exhaustif. De plus, certains détails ont été intentionnellement omis dans l'analyse pour éviter tout recoupement et majorer ainsi le principe d'anonymat et celui de liberté d'expression de nos enquêtées.

Enfin, nous tenons à préciser que l'immersion dans l'analyse de contenu a été compliquée car nous n'arrivions pas dans un premier temps à séquencer des « unités d'enregistrement » (Bardin, 2013). Ensuite, opérer des choix dans les verbatim, ou dans leur catégorisation nous a déroutée. Mais nous espérons que la rigueur avec laquelle nous avons procédé grâce à la grille de lecture préalable, permette une observation valide. Les annexes ne montrent cependant pas les réarrangements manuels des tableaux⁵¹ lors de la comparaison des verbatim. Ainsi les prises de décision et renoncements pour l'analyse finale présentée ci-dessus ne sont pas toujours visibles dans le travail de catégorisation. Quant au choix-même de la méthode, une étude avec des outils statistiques d'analyse de textes aurait permis d'extraire des informations sans *a priori* et en toute impartialité.

⁵⁰ Double enregistrement grâce un logiciel informatique sur ordinateur portable nécessitant un micro installé proche de l'enquêtée et parallèlement, enregistrement via une application dictaphone sur le téléphone portable.

⁵¹ Ils se sont inscrits dans une temporalité longue et fractionnée sur 3 semaines

Conclusion

Au regard des conditions de recherche mises en œuvre et des éléments retenus, nous pouvons seulement affirmer avoir fait émerger des éléments de compréhension sur l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers en HP. Nos observations pourraient servir de base à une réelle étude de fond. Nous pouvons cependant envisager quelques réflexions et pistes d'action pour le service HP dans un premier temps mais rien ne nous permet d'énoncer des conclusions généralisables. Moscovici nous rappelle à cet endroit la vigilance fondamentale à avoir quant à l'interprétation des résultats et du lien de cause à effet (Moscovici & Buschini, 2003, p.53).

Qu'en est-il donc de la conception et posture d'accompagnement des infirmières conceptrices du dispositif destiné aux nouvelles recrues ? Telle était notre préoccupation en amont des entretiens. Nous devons nous contenter d'admettre ici que la création du dispositif d'accompagnement semble avoir généré une prise de hauteur chez ses conceptrices. Cette distanciation est sensible dans leur discours différent du groupe témoin notamment sur 4 modalités à l'intérieur des rôles respectifs de l'accompagnement⁵², identifiés de façon unanime.

Ainsi chez les **IDE conceptrices** :

- le **lien de confiance** est l'indicateur qui les distingue dans la manière dont elles favorisent le contexte relationnel, au-delà de la bienveillance - elle-même plus étayée lexicalement. Il en résulte un discours orienté sur les moyens manquants pour accompagner et non sur la patience à avoir.

- le **diagnostic personnalisé** semble central dans la capacité à développer la relation à l'autre, toujours considéré comme un pair compétent.

- l'**adaptabilité consécutive** du diagnostic spécifie alors l'acquisition des savoirs et savoir-faire dans un mouvement centrifuge et centripète à l'intérieur d'un accompagnement progressif

- et une sensibilité accrue pour que l'**Accompagné.e. se construise de façon harmonieuse dans le collectif** se dessine nettement en sus d'une intention d'acculturation et d'un feedback « intellectuel ».

Enfin conception et posture d'accompagnement à la prise de poste se retrouvent dans un **métadiscours des IDE conceptrices**, faisant de l'accompagnement une compétence à part entière, qui nécessiterait d'être elle-même accompagnée, au-delà de la motivation intrinsèque,

⁵² Rôle relationnel, rôle facilitant l'agir professionnel et rôle autonomisant

de l'expérentiel et l'expertise en soins infirmiers et malgré l'existence d'une base forte dans la formation initiale⁵³.

Par ailleurs le vécu des Accompagnées vient conforter l'existence de postures accompagnantes sensiblement différentes selon le groupe d'étude ou témoin. Il permet d'éclairer de façon déterminante les processus d'accompagnement selon que les Accompagnantes aient créé ou pas le dispositif.

⁵³ Ou celle continue avec la formation des tuteurs de stagiaires dans le catalogue des formations du C.H.U.

Synthèse

En quoi le dispositif d'accompagnement des pairs infirmiers en hématologie protégée joue-t-il son rôle dans la conception et posture accompagnantes des infirmières conceptrices de ce même dispositif ?

Les éléments de compréhension démographiques et/ou textuels sont loin d'être tranchés. Mais Moscovici & Buschini, et nombre d'auteurs associés (2003) nous avaient mise en garde contre la prétention de généraliser ou modéliser un phénomène. Qui plus est, les biais évoqués et sans doute d'autres non repérés rendent les éléments émergés fragiles. Toutefois ces éléments sont nés d'un travail méthodologique réfléchi, construit et engagé scientifiquement et en tant que tels, ils ont le mérite de constituer une première base de données pour le service d'hématologie protégée, ses équipes de soins et d'encadrement.

Ainsi, l'âge et l'expérience rendent le discours des conceptrices plus riche et donc plus élaboré mais rien ne permet de conforter statistiquement ce phénomène. Au niveau catégoriel, la création du dispositif d'accompagnement à la prise de poste semble avoir généré un discours des conceptrices montrant une réflexion plus articulée avec une prise de recul sur l'accompagnement. Cette prise de recul semble engendrer une posture, où l'accompagnement est réalisé de façon plus globale mais paradoxalement plus personnalisé, permettant aux Accompagné.e.s certes d'acquérir les savoirs et savoir-faire fondamentaux mais surtout de se construire en tant que professionnel.le.s au sein d'un collectif fédéré par une formation initiale forte d'un référentiel de compétence.

Cette formation initiale permettrait de développer l'accompagnement des pairs et futurs pairs, par ses ancrages dans les savoirs, savoir-faire et savoir-être mais également de façon à part entière par la compétence 10. C'est pourquoi de nombreux éléments convergent unanimement sur les rôles relationnel, celui facilitant l'agir professionnel et celui autonomisant des Accompagnantes. Il s'agit bien d'une harmonie des pratiques professionnelles.

Accompagnantes et Accompagnées montrent cependant qu'à l'intérieur des rôles phares d'accompagnement, les conceptrices du dispositif restent davantage centrées sur l'Accompagné.e et s'adaptent de façon plus authentique au point de franchir une étape dans l'autonomie : la construction identitaire du sujet professionnel à la prise de poste. Conception et démarche sont soutenues par un métadiscours sur l'accompagnement : la marque d'une démarche réflexive, faisant du processus d'accompagnement une compétence à part entière.

Conclusions réflexives

Notre situation professionnelle et son contexte ont fourni la matière première de ce travail et stimulé le questionnement autour de la prise de poste en soins infirmiers en hématologie protégée. La littérature a éclairé le questionnement et nous ont amenée à privilégier l'observation de la posture des infirmières conceptrices d'un dispositif d'accompagnement à la professionnalisation. C'est également à partir de la revue de l'art que nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs et une grille d'analyse pour illustrer la posture infirmière dans l'accompagnement à la prise de poste. Des résultats, il émerge que la professionnalisation des nouvelles recrues est davantage pensée et construite comme un processus à part entière chez ces infirmières conceptrices du dispositif. Le développement du futur pair en tant que personne est au cœur de leur accompagnement, en plus de l'aide à la construction des savoirs et savoir-faire. Par ailleurs elles développent un métadiscours sur les compétences d'accompagnement. Elles sont le fruit de l'expérience mais aussi d'un engagement formalisé par le dispositif créé. Nous pouvons donc imaginer que l'engagement dans la création du dispositif est un facteur favorisant la conception de la posture accompagnante. Posture et démarche apparaissent en miroir dans les verbatim des nouvelles recrues, mais une enquête plus longue, soutenue par des séquences vidéoscopées, corroborerait davantage une posture à l'image des conceptions. Nous y voyons l'effet d'une formation initiale articulée autour de la réflexivité, réinsufflée par un encadrement et une direction, soucieux d'un recrutement qualitatif et pérenne.

Que faire des éléments de compréhension apportés par ce travail de recherche si ce n'est de réfléchir à la place qu'ils peuvent occuper ?

A court terme, compte tenu de la conjoncture, le dispositif d'accompagnement à la prise de poste en hématologie protégée représente donc un atout. Il permet de rendre le service attractif en le démarquant par une approche innovante dans l'accueil et l'intégration des nouvelles recrues.

A moyen terme, il mérite d'être finalisé, notamment au niveau des entretiens entre référentes et Accompagné.e.s. La grille de lecture objectivée pour les entretiens constitue à cet effet une base solide, faisant concourir éléments de la pratique infirmière onco-hématologique et éléments conceptuels d'accompagnement à la prise de poste, transférés des systèmes éducatifs canadiens et belges. Par ailleurs, le dispositif d'accompagnement devrait par essence tendre à l'autonomie certes des nouveaux recrutés mais également celle de tous les infirmiers prédestinés par la formation initiale à être des Accompagnant.e.s. En ce sens, le dispositif

d'accompagnement peut faire l'objet d'ateliers de sensibilisation à l'accompagnement.

Les infirmières conceptrices ont exprimé leur besoin d'officialiser leurs compétences en accédant à la formation des tuteurs. Ne s'agirait-il pas à long terme de construire un module à l'intérieur du tutorat des étudiants ou une formation spécialement dédiée à l'accompagnement à la prise de poste? Offrir une nouvelle option à chacun pour continuer à se former tout au long de sa vie professionnelle, tel que Ardouin donne à le comprendre dans ses nombreux travaux en ingénierie de formation. A ce jour, l'ingénierie constitue la possibilité de faire le lien entre formation initiale et la réalité du terrain en concevant la prise de poste comme une étape clé de la professionnalisation. Promouvoir la formation continue et répondre aux exigences innovantes de la cancérologie, aux exigences juridiques du code de déontologie infirmier. Ce qui est vrai pour l'hématologie protégée peut alors l'être pour le pôle onco-hématologique et même le C.H.U. de Toulouse.

Scientifiquement, ce qui ferait de l'accompagnement à la prise de poste en soins un dispositif, c'est une étude longitudinale pour observer une fidélisation des recrutements et donc un changement de situation. Cela laisserait imaginer que les nouvelles recrues ayant bénéficiées du dispositif seraient plus enclin à rester en poste.

Notre travail peut également être la base d'une étude transversale avec d'autres dispositifs d'accompagnement pensés et construits dans d'autres hôpitaux de régions diverses. Cette recherche serait ainsi une étude préliminaire à d'autres études de plus grandes envergures et servirait une recherche en sciences humaines plus solide sur la professionnalité des infirmiers accompagnant à la prise de poste. Alors nous pourrions même envisager une participation à la revue de l'art sur la compétence d'accompagnement ou les compétences? L'accompagnement est-il profession dépendant? A l'intérieur d'une profession, plusieurs visages de l'accompagnement co-existent-ils?

Bibliographie

Textes législatifs

Ministère de la santé et des sports. (2009). *BO Santé – Protection sociale – Solidarités N° 2009/7*.

Le code de déontologie des infirmiers (2016). Consulté le 26/9/2020 sur <https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html>

Le plan cancer 2003 – 2007. Consulté le 25 septembre 2021 sur <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>

Fiche des maîtres de stage et des tuteurs. Consulté le 3/11/2021 sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811684/fr/l-encadrement-de-stages-la-maitrise-de-stage/le-tutorat:

Accès à divers textes de loi sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Articles et ouvrages

Agamben, G. (2006). Théorie des dispositifs. *Po&sie*, 115(1), 25-33. <https://doi.org/10.3917/poesi.115.0025>

Albero, B. (2010). Chapitre 3. La formation en tant que dispositif : Du terme au concept. In B. Charlier & F. Henri, *Apprendre avec les technologies* (p. 47). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.charl.2010.01.0047>

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France. Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>

Boutinet, J.-P. (2002). Questionnement anthropologique autour de l'accompagnement. *Education permanente*, 153, 241-250. [http://emmenhelen.free.fr/accompagnement/153%20BOUTINET%20\[1\].pdf](http://emmenhelen.free.fr/accompagnement/153%20BOUTINET%20[1].pdf)

Bouveret, A., Lima, L., Michon, D., & Grangeat, M. (2012). Au cœur de la réforme des études en soins infirmiers : Enquête auprès des enseignants formateurs en IFSI. *Recherche en soins infirmiers*, N°108(1), 95-105. <https://doi.org/10.3917/rsi.108.0095>

Carrey, L. (2015). Évaluation des ressentis des infirmiers tuteurs de stage. *Revue de l'Infirmière*, 213, 40-41.

Charlier E. (2013) Accompagnement professionnel. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp.17-20). De Boeck Supérieur. <https://www-cairn-info.gorgone.univ-toulouse.fr/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisati--9782804188429.htm>

- Charlier, E., & Biémar, S. (2012). *Accompagner—Un agir professionnel* (De Boeck).
- Foucault, M. (1977). Le jeu de Michel Foucault. *Dits et écrits*, 3, 62-93.
- Gagnon, É., Moulin, P., & Eysermann, B. (2011). Ce qu'accompagner veut dire. *Reflète*, 17(1), 90-111. <https://doi.org/10.7202/1005234ar>
- Maurice, P. (2014). *L'intégration des nouveaux diplômés infirmiers : Rôle et enjeux pour le Directeur des Soins*. [Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé publique. En partenariat avec l'Université Denis Diderot – Paris VII]. BDSP. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=496556>
- Moscovici, S., & Buschini, F. (2003). *Les méthodes des sciences humaines* (Paris : Presses universitaires de France).
- Paul, M. (2002). L'accompagnement : Une nébuleuse. *Education permanente*, 153, 43-56.
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 20(2), 11-63. <https://doi.org/10.3917/savo.020.0011>
- Paul, M. (2020). *La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques* (De Boeck Supérieur). <https://univ-toulouse-scholarvox-com.gorgone.univ-toulouse.fr/reader/docid/88841139/page/4>
- Perrenoud, P. (2001). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. In P. Lhez, D. Millet, & B. Séguier, *Alternance et complexité en formation. Éducation & Santé & Travail social* (pp. 10-27). Seli Arslan, Paris. http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/textes.html
- Raffnsøe, S. (2008). Qu'est-ce qu'un dispositif? : L'analytique sociale de Michel Foucault. *Symposium*, 12(1), 44-66. <https://doi.org/10.5840/symposium20081214>
- Vial. (2007). *L'accompagnement professionnel : Une pratique spécifique* [Conférence à Ariane Sud entreprendre.]. http://arianesud.com/bibliotheque/accompagnement/vial_1_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique_fev_2007
- Vivegnis, I. (2019). Postures d'accompagnement et conceptions : Une évidente interrelation ? Quatre cas sous la loupe en contexte d'insertion professionnelle. *Phronesis*, 8(1), 48-63. <https://doi.org/10.7202/1066584ar>

Table des matières des documents utilisés

Numéro du document	Nature du document	Pages
1	Schéma de l'axe de la relation (E. Charlier & Biémar, 2012)	37
2	Extrait des grilles de compétences de l'accompagnateur (Charlier & Biémar, 2012)	38
3	Tableau des postures d'accompagnement dyadique (Vivegnis, 2019)	47
4	Grille des questions et relances aux infirmières Accompagnantes	57-59
5	Grille des questions et relances aux nouvelles recrues	60-62
6	Grille des rôles et indicateurs de l'accompagnement en soins infirmiers	67

Glossaire des sigles et abréviations d'usage

BO Santé : Bulletin Officiel de Santé

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

C.N.R.T.L. : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicologiques

C.S.P. : Code la Santé publique

D.E. : Diplôme d'Etat

D.G.O.S. : Direction Générale de l'Offre de Soins

E.S.I. : Etudiants en Soins Infirmiers

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

HP : service de soins d'hématologie protégée

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

I.U.C.T. – Oncopole : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse

L.M.D. : Licence Master Doctorat

NR : nouvelle recrue

P.R.E.F.M.S : Pôle Régional d'Enseignement aux Métiers de la Santé

U.E. : Unité d'enseignement

ANNEXES

Sommaire des annexes

Sommaire des annexes	1
Annexe 1 : Questionnaire de recueil de données démographiques	2
Annexe 2 : Résultats des données démographiques 1/2	3
Annexe 2 : Résultats des données démographiques 2/2	4
Annexe 3 : Durée des entretiens selon la variable dispositif.....	5
Annexe 4 : Variables démographiques au regard du dispositif	6
Annexe 4.1. Tableau d'illustration de la variable <i>âge</i> + variable <i>dispositif</i> dans l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers	6
Annexe 4.2. Tableau d'illustration de la variable <i>expérience</i> + variable <i>dispositif</i> dans l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers	6
Annexe 4.3. Graphique : rapports d'âges des enquêtées selon la variable <i>dispositive</i>	7
Annexe 4.4. Tableau des durées des entretiens par catégories d'enquêtées.....	7
Annexe 5 : Matrice d'analyse des retranscriptions.....	8
Annexe 6 : Références illustrant les résultats communs sur la relation	9
Annexe 7 : Références illustrant les résultats communs sur les savoirs et savoir-faire	10
Annexe 8 : Références illustrant les résultats communs sur l'autonomie	11
Annexe 9 : Références illustrant les résultats communs sur la posture d'accompagnement...	11
Annexe 10 : Références comparant posture des accompagnantes conceptrices/non conceptrices.....	12
Annexe 10a : La relation	12
Annexe 10b : Adaptabilité dans la posture d'accompagnement.....	13
Annexe 10c : Modalités d'accompagnement à l'autonomie	14
Annexe 11 : Le vécu de l'accompagnement par les IDE nouvellement recrutées.....	15
Annexe 12 : La compétence d'accompagnement	16
Annexe 13 : Tableaux d'analyse des retranscriptions 1 à 12.....	17

Annexe 1 : Questionnaire de recueil de données démographiques

- 1° Initiale du prénom
- 2° Age :
- 3° Sexe :
- 4° Lieu de formation initiale (école et ville) :
- 5° Année d'obtention du diplôme infirmier :
- 6° Qu'est-ce qui a motivé le choix du métier infirmier ?
- 7° Le nombre d'années d'expérience professionnelle en tant qu'infirmière :
- 8° Quel est ton parcours professionnel ?
- 9° Quelle(s) formation(s) professionnelle(s) ont été suivies ?
- 10° Date d'embauche en hématologie protégée :
- 11° Qu'est ce qui a motivé le choix de travailler en hématologie protégée ?
- 12° Y-a-t-il un événement ayant marqué la vie professionnelle ? Si oui, dans quelle mesure ?

Ce questionnaire a été remis en amont des entretiens par messagerie électronique au moment de la prise de rendez-vous pour les entretiens. Il a été systématiquement proposé sous forme Word et Pdf. La réponse pouvait être manuscrite ou tapuscrite pour favoriser l'implication. Mais ils souvent été « mis de côté » malgré plusieurs relances. Ce qui nous a questionné éthiquement : jusqu'à quel point devait-on servir la recherche sans porter atteinte à la liberté des enquêtées. Elles s'étaient engagées avec enthousiasme mais repoussait l'échéance de ce questionnaire. C'est pourquoi nous avons tenté d'explorer les causes, afin d'identifier si le contenu des questions était inadapté: pour certaines d'entre elles, des événements de vie les empêchait de se décentrer intellectuellement les obligeant à des choix de priorité

Annexe 2 : Résultats des données démographiques 1/2

Rang ¹	Age	Genre	Dp.FI ²	Diplôme	Expérience ³	Entrée HP ⁴
1	25	F	Haute-Garonne	2 019	3.0	2019
2	25	F	Landes	2 018	3.5	2020
3	29	F	Bouches-du-Rhône	2 019	3.0	2021
4	24	F	Nord	2 018	3.0	2018
5	24	F	Haute-Garonne	2 019	2.5	2019
6	26	F	Rhône	2 020	1.5	2022
7	29	F	Yonne	2 016	6.0	2021
8	34	F	Haute-Garonne	2 017	5.0	2017
9	32	F	Gironde	2 011	10.0	2017
10	32	F	Haute-Garonne	2 017	4.5	2017
11	24	F	Haute-Garonne	2 019	2.5	2022
12	31	F	Hauts-de-Seine	2 020	2.0	2020

¹ Ordre d'interview aléatoire

² Département de formation initiale au détriment de l'école et la ville recensée pour favoriser l'anonymat

³ Exprimée en nombre d'années

⁴ Année de recrutement en hématologie protégée

Annexe 2 : Résultats des données démographiques 2/2

Rang	Motiv.inf.1 ⁵	Motiv.inf.2	Motiv.inf.3	Motiv.HP.1 ⁶	Motiv.HP.2
1	Contact	Diversité -Equipe	Soulager	Prise en charge globale	Diversité- complexité
2	Vocation	Aider	Soin	Apprendre	Complexité- rigueur
3	Vocation	Contact	Sens-transmettre	Diversifier	Complexité PEC
4	Utile -Soin	Action	Equipe	Stage	Rassurant
5	Social	Equipe	Apprendre Evoluer	Accompagner	Richesse Technicité
6	Vocation	Soin	Accompagner	Stage oncologie	Technicité - relationnel
7	Accompagner	Soutien	Vécu perso	Oncologie	Prise en charge
8	Relation	Equipe	Apprendre	Complexité-technicité	Relationnel- Action
9	Contact	Diversité	Mobilité	Réputation	Complexité- technicité
10	Relationnel	Terrain-pratique	Utile	Diversité	Complexité
11	Contact	Accompagner	Technicité	Complexité	Relation
12	Vocation			Complexité-technicité	Diversité

Les tableaux ne font pas apparaître l'élément de la douzième et dernière question, à propos d'un événement professionnel marquant car il a été essentiellement orienté sur le vécu de la mort en service ou dans la vie personnelle. Nous avons estimé ne pas avoir les compétences pour déduire quelque corrélation possible et avons donc choisi de classer cet élément non significatif par rapport à l'accompagnement. L'exclusion de cet élément majeure à notre sens l'anonymat des enquêtées.

⁵ Motivation à exercer le métier infirmier par ordre d'énonciation de 1 à 3

⁶ Motivation à exercer dans le service d'hématologie protégée par ordre d'énonciation de 1 à 2

Annexe 3 : Durée des entretiens selon la variable dispositif

Rang	Statut ⁷	D ⁸	Statut D	Durée (min)
1	ACC	No	ACC No	22.15
2	ACC	No	ACC No	23.13
3	NR	No	NR No	30.33
4	ACC	No	ACC No	30.46
5	ACC	No	ACC No	25.16
6	NR	Yes	NR Yes	26.03
7	NR	No	NR No	25.58
8	ACC	Yes	ACC Yes	54.30
9	ACC	Yes	ACC Yes	26.42
10	ACC	Yes	ACC Yes	34.07
11	NR	Yes	NR Yes	36.50
12	ACC	Yes	ACC Yes	29.12

⁷ **ACC** : Infirmière Diplômée d'Etat Accompagnante ; **NR** : Infirmière Diplômée d'Etat nouvellement recrutée et accompagnée

⁸ **No** : IDE n'ayant pas participé à la création du dispositif ou n'ayant pas bénéficié du dispositif en tant que nouvelle recrue ; **Yes** : IDE ayant participé à la création du dispositif ou en ayant bénéficié en tant que nouvelle recrue

Annexe 4 : Variables démographiques au regard du dispositif

Annexe 4.1. Tableau d'illustration de la variable *âge* + variable *dispositif* dans l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers

Statut D	Age min ⁹	Age max ¹⁰	Age moyen	Age médian	Ecart type
ACC No	24.0	25.0	24.5	24.5	0.6
ACC Yes	31.0	34.0	32.2	32.0	1.3
NR No	29.0	29.0	29.0	29.0	0.0
NR Yes	24.0	26.0	25.0	25.0	1.4

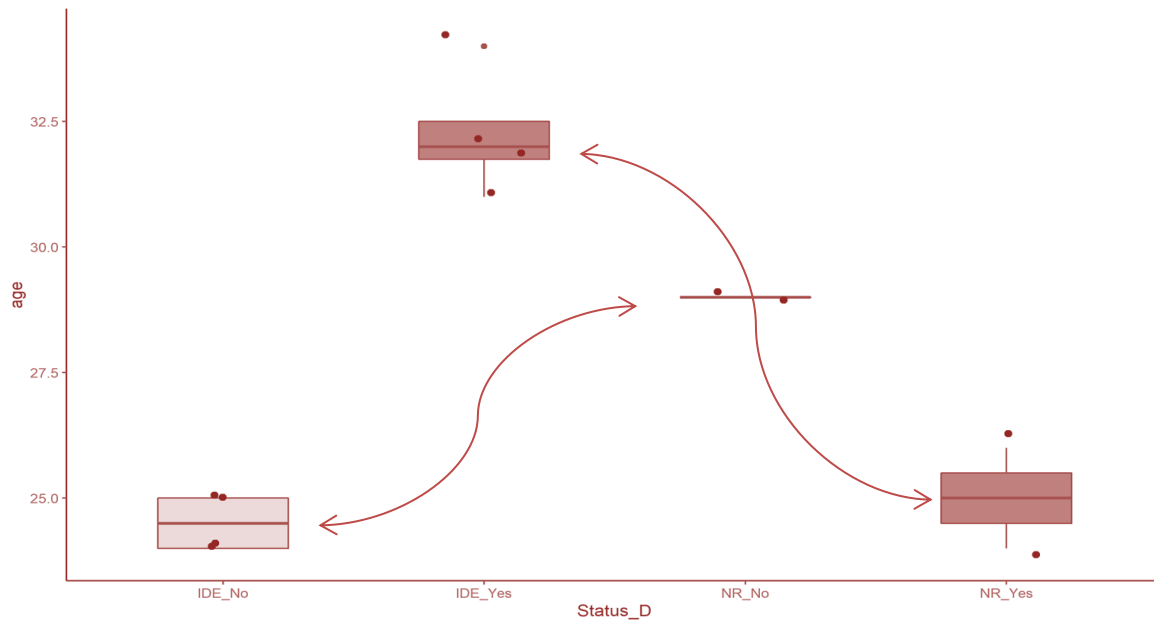
Annexe 4.2. Tableau d'illustration de la variable *expérience* + variable *dispositif* dans l'accompagnement à la prise de poste en soins infirmiers

Statut D	Exp. ¹¹ min	Exp. max	Exp. moyenne	Exp. médiane	Ecart type
ACC No	2.5	3.5	3.0	3.0	0.4
ACC Yes	2.0	10.0	5.4	4.8	3.4
NR No	3.0	6.0	4.5	4.5	2.1
NR Yes	1.5	2.5	2.0	2.0	0.7

⁹ Min : minimal

¹⁰ Max : maximal

¹¹ Exp : expérience

Annexe 4.3. Graphique des rapports d'âges des enquêtées selon la variable dispositive.**Annexe 4.4. Tableau des durées des entretiens par catégories d'enquêtées.**

Statut D	Durée min	Durée max	Durée moyen	Durée médiane	Ecart type
ACC No	22.1	30.5	25.2	24.1	3.7
ACC Yes	26.4	54.3	36.0	31.6	12.6
NR No	25.6	30.3	28.0	28.0	3.4
NR Yes	26.0	36.5	31.3	31.3	7.4

Annexe 5 : Matrice d'analyse des retranscriptions

Analyse entretien IDE n° [ordre chronologique d'entretien] + [variable accompagnante ou nouvelle recrue] + [variable dispositif D+ / D-]¹²

Thèmes	Sous Thèmes	Verbatim	Lignes	Occurrences	Evaluation	Observation
La relation	A Soi Représentation sociales et professionnelles					
	A l'autre					
	Favoriser le contexte relationnel					
Autonomie	Acculturation					
	Devenir Auteur					
	Donner du Sens					
L'Agir professionnel par	Savoirs					
	Savoir-faire					
	Adaptabilité Etre Acteur					
Compétence d'accompagnement	Formalisée = formation					
	Informelle formalisée = le projet					
	Informelle = l'expérentiel					
Autres ?						

¹² D+ ayant participé à la création du dispositif ou en ayant bénéficié au recrutement ; D- n'ayant pas participé à la création du dispositif ou n'en ayant pas pa bénéficié au recrutement

Annexe 6 : Références illustrant les résultats communs sur la relation

Champs lexicaux de la relation	Références type		Thématiques
Don => lègue	ide1 L25 ; ide9 L4, 58 ; ide12 L74-75 ; ide11 L17-158 ; ide3 L79 ; ide8 L5, 66 => ide1 L206		Nature de la relation
Solidarité – soutien	ide2 L14 ; ide7 L15, 16, 17; ide3 L19		
Aide entraide	ide4 L4 ; ide9 L5, 13 ; ide6 L24 ; ide3 L7		
Présence	ide5 L19-20 ; ide3 L11, 26		
Versant psychologique	ide10 L18-19 + 38 ; ide 8 L7-9 ; ide7 L27-28		
Bienveillance / non-jugement	ide 6,7		Manifestations cliniques de la relation dans la bienveillance
Remise en question exigée des accompagnées	remise en question - écoute	ide1, 2, 5	
	remise en question - ouverture	ide1, 2, 9, 10	
Remise en question exigée des accompagnantes	remise en question littérale	ide 5, 6,10, 12	
	remise en question - ouverture et écoute	ide 1, 2, 4, 8	
Le pair compétent, responsable	Ide NR 3d- L110-111 ; ide 9 Acc D+ L153-59 ; ide11 NR D+ L172-73		
Temps et temporalité	le rythme plus lent	Ide1 L67-68	Freins à la relation d'accompagnement
	exigences temporelles profession	ide8 L288-293; ide7 L74-75	
	processus espace-temps	ide5 L82 ; 6 L122-123 ; ide7 L105-106 ; 251 ; ide10 L33-34 ; 165 ; 167-174	
Le risque d'erreur L'enjeu de l'erreur La responsabilité	Ide 1 L57-58 ; ide 2 L78-79 +292-294 ; ide6 L226 ; ide10 L91-93 Ide3 L244 ; 336 ; ide9 L309-310 ; ide8 L279-282 Ide7 L291-294 ; Ide 8 L83-95 ; ide10 L276 ; ide11		
	Entités responsables dans l'accompagnement	Ide11-L73-74+76+86-87 ; 98 ide4 L57-58	

Annexe 7 : Références illustrant les résultats communs sur les savoirs et savoir-faire

Champs lexicaux des connaissances	Références type	Thématiques
Notions, informations, cours, documents, documentation	Ide 6, ide6 + 8, ide7 + 10 Ide1 + 4	Savoirs
Pathologies	Ide 1, 2, 3, 5, 6, 10, 11, 12	
Leucémies et lymphome	Ide2, 6, 8, 11, 12	
Traitements	Ide2, 3, 11, 12	
Cytarabine, le méthotrexate ou les inhibiteurs de tyrosine kinases	Ide 2, 3, 5, 12	
Transmettre /transmission de savoir /transfert de savoir	Ide 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
Expliquer	Ide1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12	
Apprendre	Ide 1,4, 10, 11, 12	
Comprendre	Ide 1, 3,10	
Enseigner	Ide1	
Champs lexicaux de la pratique	Références type	Thématiques
La technicité	Ide 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11	Savoir-faire
Les voies d'abord	Ide 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12	
Les enjeux d'asepsie	Ide 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12	
Les soins stériles	Ide 2, 5, 6, 7, 9, 12	
Chimiothérapie et transfusions	Ide 2, 3, 5, 6, 7, 11, 12	
La relation au patient	Ide 1, 2, 6	

Annexe 8 : Références illustrant les résultats communs sur l'autonomie

Champs lexicaux du « faire seul »	Références type	Thématiques
Observation- évaluation	Ide 1, 2, 7, 9, 8, 12	L'autonomie
Négociation à l'autonomie	Ide 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12	
Acteur	Ide 2, 5, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
Intégration	Ide 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12	
Interaction médecins	Ide 6, 7, 8, 9, 11, 12	
Transmissions aux médecins	Ide 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	
Temporalité différée dans activité de transmissions	Ide2 L284, 4 L281-286, 5 L296-299, 11 L234, Ide6 L218-219, 7 L245-251 ,8 L 296-297, 9 L251	
Organisation des soins	Ide 4, 6, 7, 8, 9, 11	
Sécurité	Ide 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11	
Urgences	Ide 3, 6, 11, 12	

Annexe 9 : Références illustrant les résultats communs sur la posture d'accompagnement

Les leviers réels ou potentiels	Références type	Thématiques
L'institution	Ide 3, 6, 7, 5, 11 Ide 8 L331+ L370+ 390 ; 9L192-193+ 264-265 ; 10 L232-235+ 286-288 ; 12 L177+297	Degré de formalisation dans la compétence d'accompagnement
Le modèle du tutorat	Ide 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12	
L'expérientiel vécu	Ide1, 2, 4, 5, 8, 10, 12	
L'expérientiel expertise	Ide 1, 2, 4, 5, 9, 10	
Caractère formel de l'accompagnement	Ide 8 L 222-223 ; 9 L 319 ; 10 L 168-169 ; 12 L181	

Annexe 10 : Références comparant posture des accompagnantes conceptrices / non conceptrices

Annexe 10a : La relation

Accompagnantes non conceptrices	Accompagnantes conceptrices
<i>Patience</i>	<i>Etayage de la bienveillance</i>
Ide 1 L64-70 Ide 2 L23 Ide 4 L78-79... L224-225 Ide 5 L82-83	« présence » Ide12 L9-10 ; 62-63 « disponibilité » Ide10 L148 ; Ide 12 L62-63 + 71 « ouverture » Ide10 L148 ; ide 12 L62-63 + 71 « écoute » Ide 8 L 114-115 +118-119 + 223-225 ; Ide12 L62 + L68
<i>confiance en soi</i>	<i>Lien de confiance</i>
Ide 1 L87-89 + 92 Ide 2 L103 + 132 + 223 Ide 4 L224-228 + 239 Ide 5 L17-21 + 146 +227 + 317 + 366	Ide 10 L44 – 46 + 50-53 + 91-93 + 138-139 + 160-161 + 222-223 Ide12 L13 ; L79-82 Ide 8 L35-36 ; L82-96 Ide 9 L290
<i>remise en question des pratiques et connaissances en soins infirmiers</i>	<i>Remise en question dans l'accompagnement</i>
Ide 1 L100-102 Ide 2 L701-74 Ide 4 L348 Ide 5 L98-99	Ide 8 L329-330 Ide 9 L273-274 Ide 10 L81-83 +261-262 Ide 12 L195-196
	<i>Le diagnostic</i>
	Etape d'accueil : Ide 9 L 34 + 36 + 160 ; Ide 10 L 5-6 + 10 ; Ide 12 L 5-6 ; 42-44 La personne accompagnée comme entité : ide8 L121-125 ; ide 9 L7-11...174-175 ; ide 10 L L20-21...38 ; ide 12 L 701-72...145-148...150...

Annexe 10b : Adaptabilité dans la posture d'accompagnement

	Accompagnantes non conceptrices	Accompagnantes conceptrices	
1	<p>- C'est compliqué après de se dire on procède toujours d'une seule façon (L152) ...vu que c'est une nouvelle recrue je l'ai accompagnée en la laissant faire tout en regardant derrière si elle fait bien les manipulations tout en lui demandant aussi, si elle se sent pas à l'aise dans ce qu'elle va faire, si elle veut que je le fasse, que elle me regarde d'abord et puis ensuite elle le fera elle (L219-222) - Sinon, je pars du principe que j'essaie de lui donner le plus d'autonomie possible tout en l'évaluant et la..., et regardant ce qu'elle fait (L222-224) - Une fois que je vois qu'elle sait maîtriser...des actes ou des compétences, là ça ne me dérange pas de la laisser faire de A jusqu'à Z (L225-227)</p>		8
2	<p>- quand on commence la journée, j'essaie d'expliquer grosso modo l'organisation, ... laisser faire au fur et à mesure en fait ...voilà essayer de leur laisser un max d'autonomie (L162...171...175) - Au début, je garde le téléphone pour qu'elles se concentrent sur les soins et après, si je vois qu'elles sont à l'aise...(L175-176) -Oui grosso modo, je fais toujours comme ça. D'abord commencer par l'organisation et et après selon, je vois si la personne est à l'aise ou pas, je l'accompagne plus ou moins dans ses soins (L189-190) - je m'adapte ... je m'adapte plus ou moins. Voilà si elle a besoin de plus ou moins d'aide... si j'estime que (L203...210-211...264)</p>	<p>... donc là, je moi je me, je me fais mon organisation d'accompagnement (L101-104) - je leur propose, comment moi je travaille. Je leur propose. Et après elles sont déjà infirmières, donc c'est elles, après qui vont composer avec chaque personne qu'elles verront peut-être, qui leur aura présenté des choses différentes, qui vont composer leur organisation de de soins à elles (L122-125) - C'est comme je te disais là, beh, les 2 dernières que j'ai doublées, il y en avait une...et la 2e elle me dit « ... » donc moi j'ai pas insisté, j'ai proposé plusieurs fois mais voilà, faut savoir s'adapter en fait ! (L175-178)</p>	9
4	<p>-l'observation aussi, je la laisse aussi un petit peu observer dans un premier temps, parce que, quand on arrive, un premier jour dans le service, on n'est pas là, pour non plus, même s'il y a des...si elle sait pratiquer des soins, c'est quand même observer pour voir un petit peu, avant de faire voir comment ça se passe (L183-186) - C'est une fois qu'elle a toutes ses apports en termes de connaissances, de pratiquer et de commencer à prendre plus de liberté pour la prise de pose de poste, pardon et euh - Souvent oui, je procède de façon assez chronologique pour que ce soit plus le...enfin, pour que l'évolution se fasse au mieux, tout simplement (L188-189) -et à sa manière aussi d'évoluer, puisque tout le monde n'évolue pas pareil. Il y a certaines personnes qui ...; d'autres qui ... (L212-215)</p>	<p>-mais si la personne je ressens en face que ça la met pas forcément à l'aise justement, qu'elle préfère quelque chose d'un peu plus cadré, un peu plus scolaire. Bah je vais pouvoir me réadapter pour faire quelque chose qui lui ressemble plus et qui va pouvoir l'aider dans la démarche d'accompagnement (L85-88)</p>	10
5	<p>- et j'essaie surtout de le laisser faire parce que quand on est lâché, on est tout seul... donc j'essaie de qu'ils soient un maximum autonome dès le départ (L27-29) - Ben déjà, je fais un point avec elle sur ce qui a été vu... ce qu'elle sait, ce qu'elle aimerait approfondir...pour voir si on peut plus prendre le temps et après je laisse faire (L155-156)</p>	<p>- faire un plan d'action. ... c'est important aussi donc qu'elle nous émette les objectifs qu'elle veut atteindre...ensuite un plan d'action avec elle, avec ses objectifs (L44-45 ; 156-157 ;161) - En fonction de la personnalité. C'est comme un, c'est comme une prise en charge, c'est individuel et personnalisé (L171)</p>	12

Annexe 10c : Modalités d'accompagnement à l'autonomie

Accompagnantes non conceptrices	Accompagnantes conceptrices
<i>Feedback exclusif - connaissance</i>	<i>Feedback inclusif de la posture professionnelle</i>
<p>Ide 1 L87-88 Ide 2 L 61-62 Ide 5 L 102-112 Ide 4 L191-196</p>	<p>- « ... ça serait plus être référente pour qu'elle puisse même au cours de de l'intégration, nous révéler ses craintes, révéler, nous peut-être nous, nous, nous indiquer des choses qui qu'elle a du mal à supporter ou des choses les difficultés qu'elle peut rencontrer (ide 12 L57-58)</p> <p>- « Et après le suivi, pour savoir justement comment la personne se sent intégrée, est-ce qu'il y a des, des difficultés...Donc voilà le suivi, surtout sur le côté euh...psychologique on va dire pour le nouvel arrivant. » + « ...où j'ai trouvé que la personne concernée était plutôt à l'aise, donc c'était le suivi classique et lui permettre, voilà de de de développer sa sa prise de position et sa posture dans le service » (ide10 L21-23 +212-214)</p> <p>- « ... comme ça, ils prennent ce qu'ils ont envie de prendre, pour se fabriquer eux-mêmes après leur propre posture » + « Donc on est censé quand même accueillir les nouveaux agents pour leur donner envie de rester, pour qu'ils soient compétents d'emblée, pour la sécurité des patients aussi, et pour ben, pour qu'ils se sentent bien accueillis, qu'ils aient envie, qu'ils se sentent intégrés, peut-être facilement dans une équipe qui prennent du sens dans leur travail et dans le service pour qu'ils aient envie. Bah de de travailler là-dedans et qu'ils prennent plaisir à travailler là-dedans, donc pour moi, ça me paraît essentiel quoi. (Ide9 L6-7 + L327-332)</p> <p>- « Pas abandonner à son, à son intégration et à son, à ses questionnements » + « ne pas hésiter à demander “ Comment ça va, est-ce que, il y a, t'as ressenti des difficultés” autres que des difficultés techniques, des difficultés face, face à certaines situations, avec les patients » + « savoir expliquer les choses, c'est pas forcément, c'est pas forcément les connaître par cœur, c'est aussi parfois se poser ensemble devant une situation et réfléchir ensemble à ce qu'on n'a pas compris » + « rester soi-même sur ses convictions professionnelles et personnelles » + « savoir se positionner aussi, en tant que personne différente, qui peut aussi apporter sa différence » (ide8 L8 + 11-12 + 134-136 + 144 + 146-147).</p>

Annexe 11 : Le vécu de l'accompagnement par les IDE nouvellement recrutées

	NR sans dispositif	NR avec dispositif	
NR	Association idées / l'accompagnement vécu liée à la question 12		NR
3	le chant...angoisse, stress... angoisse, stress, les 2, OK	Progression, autonomie et ...Je resterai sur l'idée de la bienveillance en 3e mot.	6
7	bienveillance, le non jugement, puisque je pense qu'il a été qu'il a été plutôt respecté. Et après regret	Echange, écoute et organisation	11
	Description et émotions		
3	<p>« Non, c'est pour ça que je prenais tout que je prenais 1000 notes à la minute. Mais derrière en fait, ça me demandait une charge de travail personnel encore plus importante, parce que du coup je ... Et alors en plus, c'était sur des bouts... mais c'était sur plein de petits bouts de papier et quand je rentrais chez moi mes relèves où mes trucs, machin : Je reprenais tout... sur la même feuille, je la tournais dans différents endroits et j'avais différentes choses, fallait que j'arrive à faire le tri de tout ça. Donc c'était pas facile » (ide 3 L312-315...318-319).</p> <p>« La Chimio, ça me faisait flipper ... c'était plus les pansements qui m'angoissaient avec le le test des différentes voies avec les seringues. Je savais jamais dans quel sens il fallait..., enfin ...Ouais, ça, c'était quelque chose qui m'angoissait un petit peu et en fait, dès que je pouvais en faire enfin, je me jetais dessus même quand j'étais pas accompagnée » (L180-184).</p>		
7	<p>« ...ça se fait en 3 étapes, je pense. Y'a le moment d'observation qui a été fait, le moment justement où on est en train, en cours d'apprentissage et après le moment où justement nos collègues, je pense qu'elles ont assez confiance de nous lâcher et où on devient plus autonomes, en tout cas après, c'est-ce qui a été fait » (L120-123).</p> <p>« Les premiers jours par exemple, pour ma part, moi j'aurais aimé faire le point avec 2, 3 filles de l'équipe et pouvoir, pouvoir, discuter de mon parcours de mes lacunes, de ce que j'attends, de tout ça...tu as bien vu...Et au final on a pas ce moment...donc c'est peut-être ce qui a manqué, aussi mais de savoir d'où on vient de ouais, d'avoir déjà un temps d'échange, qui est pour moi important » (L322 + 346-349).</p>		

Annexe 12 : La compétence d'accompagnement

Accompagnement chez les IDE conceptrices = une compétence	
<p>- « à ce stade de, en tout cas de de prise de poste, j'avais ce besoin de de compléter mes compétences » (ide12 L279-280). - « pas juste faire de notre compétence infirmière qui est dans accueillir les gens et de les encadrer (ide10 L286-288). - « Mais moi, pour le coup, je me suis formée sur de l'officieux pour l'accompagnement » (ide9 L196-197). - « on va être sur une compétence de transmission des savoirs et, un peu malgré tout...d'évaluation comme je disais, d'évaluation de ces savoir-faire et puis une compétence relationnelle...une compétence relationnelle parce qu'on peut être hyper compétente dans son service, dans la réalisation des soins et la compréhension des pathologies et au niveau relationnel, ne pas avoir les compétences requises pour transmettre » (ide8 L219...222).</p>	
Le dispositif, réel levier de la compétence dans l'accompagnement	
IDE conceptrices	IDE non-conceptrices et nouvelles recrues sans dispositif
<p>- « comme on a pu faire dans notre dans notre dispositif » + « enfin, comme vous pouvez l'être en ce moment » + « de voir aussi mes collègues aussi, intégrer d'autres, des collègues qui sont un peu plus anciennes, qui sont plus anciennes que moi les intégrer et déjà avoir développé le projet » (ide12 L23-24 +55 + 270-271). - « Donc c'est vrai que nous, on a le livret d'accueil » + «Donc si en plus l'accompagnement est pas forcément bienveillant... pas de dispositif en place, pas de support, bon tout ça, ça peut être un gros frein pour les nouveaux arrivants » (ide10 L13-14 + 33-35). - « Le projet posé, concret » + « un peu grâce à ce projet » + « Elles m'ont mis tout le temps des étudiants et ensuite elles m'ont mise sur ce projet-là » + « c'est avec ce projet là que ça a officialisé les choses et que je me suis questionnée sur la posture que je devais avoir » (ide9 L263 ; 264-265 ; 268-272). - « des outils, comme ceux que nous, comme ceux qu'on a créés par exemple » + « mais de pouvoir leur faciliter l'accès à l'information par l'écrit, de par les fiches qu'on a créées » + « revenir à notre dispositif, si tu veux bien, ce qui ce qui facilite cette confiance » (ide8 L30 + 32-33 + 99-101).</p>	<p>Ide 1 L234+237 ; ide3 L305-307 ; ide 4 L176-177 ; ide 5 L375-376 ; ide7 L324 +347 Ide 11 L153-154+ L223-225 Ide 6 L186</p>
Leviers potentiels de la compétence d'accompagnement	
<p>- « Déjà, ça serait bien qu'on soit formées... au tutorat » + « c'est quelque chose que je cherche à développer, une compétence que je cherche à développer... » (ide 12L 298-303 + L L177) + L179...181...183-188 - « Après il me manque beaucoup de choses, à mon avis pour améliorer mon rôle de de tuteur et c'est pour ça que là, du coup, je vais aller en formation, tutorat et encadrement des nouveaux arrivants. Et donc ça je pense que ça va me permettre d'avoir un œil différent ... » (ide10 L L238-240) + L 230-231 + 240-247 - « Enfin, avoir des compétences d'accompagnement, c'est sûr, après moi, c'est vrai que je voyais en compétences quelque chose de très, tu sais, posé, qui a été inculqué dans une formation... ou d'officiel » (ide9 L184-186 + 194-196) - « C'est un tutorat qui tend à se professionnaliser, je l'espère et c'est pour ça que ce serait bien qu'il y ait aussi des formations, au-delà des formations de tuteurs de stagiaires, mais de de tuteur tout court en fait...de de transmission. Voilà avec si possible, du temps dédié » (ide 8 L390-392) + L370-374</p>	

Annexe 13 : Tableaux d'analyse des retranscriptions 1 à 12

Cf. clé USB